МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное автономное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
«Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза»
имени академика С.Н.Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Чебоксарский филиал

(Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им.акад. С.Н. Федорова» Минздрава России)

ПРИКАЗ

«01» сентября 2026г. г. Чебоксары № 168

Об утверждении и введении в действие
новых типовых форм документов, используемых
при оказании платных медицинских услуг
в Отделении оптической коррекции зрения

В целях соблюдения Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», и в целях совершенствования типовых форм документов, используемых при оказании платных медицинских услуг в Отделении оптической коррекции зрения Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить и ввести в действие в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее – Чебоксарский филиал) новые редакции типовых форм документов, используемых при оказании платных медицинских услуг в Отделении оптической коррекции зрения:

- Договора на оказание платных медицинских услуг в Отделении оптической коррекции зрения, согласно приложению 1;
- Договора на оказание платных медицинских услуг в Отделении оптической коррекции зрения (подбор жестких газопроницаемых линз: роговичных, склеральных), согласно приложению 2;
- Договора на оказание платных медицинских услуг в Отделении оптической коррекции зрения (подбор ортокератологических линз), согласно приложению 3;
- Договора на оказание платных медицинских услуг в Отделении оптической коррекции зрения (подбор мягких контактных линз), согласно приложению 4;
- Договора на оказание платных медицинских услуг в Отделении оптической коррекции зрения (очковая коррекция зрения), согласно приложению 5;
- Трехстороннего договора на оказание платных медицинских услуг в Отделении оптической коррекции зрения, согласно приложению 6;
- Трехстороннего договора на оказание платных медицинских услуг в Отделении оптической коррекции зрения (подбор жестких газопроницаемых линз: роговичных, склеральных), согласно приложению 7;
- Трехстороннего договора на оказание платных медицинских услуг в Отделении оптической коррекции зрения (подбор ортокератологических линз), согласно приложению 8;

- Трехстороннего договора на оказание платных медицинских услуг в Отделении оптической коррекции зрения (подбор мягких контактных линз), согласно приложению 9;

- Трехстороннего договора на оказание платных медицинских услуг в Отделении оптической коррекции зрения (очковая коррекция зрения), согласно приложению 10;

- Договора на оказание платных медицинских услуг с согласия законного представителя несовершеннолетнего лица в возрасте 14-18 в Отделении оптической коррекции зрения, согласно приложению 11;

- Договора на оказание платных медицинских услуг с согласия законного представителя несовершеннолетнего лица в возрасте 14-18 в Отделении оптической коррекции зрения (подбор жестких газопроницаемых линз: роговичных, склеральных), согласно приложению 12;

- Договора на оказание платных медицинских услуг с согласия законного представителя несовершеннолетнего лица в возрасте 14-18 в Отделении оптической коррекции зрения (подбор ортокератологических линз), согласно приложению 13;

- Договора на оказание платных медицинских услуг с согласия законного представителя несовершеннолетнего лица в возрасте 14-18 в Отделении оптической коррекции зрения (подбор мягких контактных линз), согласно приложению 14;

- Договора на оказание платных медицинских услуг с согласия законного представителя несовершеннолетнего лица в возрасте 14-18 в Отделении оптической коррекции зрения (очковая коррекция зрения), согласно приложению 15;

- Дополнительного соглашения к договору на оказание платных медицинских услуг в Отделении оптической коррекции зрения, согласно приложению 16;

- Дополнительного соглашения к трехстороннему договору на оказание платных медицинских услуг в Отделении оптической коррекции зрения, согласно приложению 17;

- Дополнительного соглашения к договору на оказание платных медицинских услуг с согласия законного представителя несовершеннолетнего лица в возрасте 14-18 лет в Отделении оптической коррекции зрения, согласно приложению 18;

- Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в Отделении оптической коррекции зрения, согласно приложению 19;

- Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в Отделении оптической коррекции зрения (очковая коррекция зрения), согласно приложению 20;

- Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в Отделении оптической коррекции зрения (подбор мягких контактных линз), согласно приложению 21;

- Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в Отделении оптической коррекции зрения (подбор ортокератологических линз), согласно приложению 22;

- Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в Отделении оптической коррекции зрения (подбор склеральных линз), согласно приложению 23;

- Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в Отделении оптической коррекции зрения (подбор роговичных линз), согласно приложению 24.

2. Заведующему отдела вычислительной техники Макарову Д.В. обеспечить внедрение утвержденных форм в медицинскую информационную систему.

3. Заведующему Отделения оптической коррекции зрения – врачу-офтальмологу Ситка М.М. обеспечить использование в работе типовых форм документов, используемых при оказании платных медицинских услуг в Отделении оптической коррекции зрения, утвержденных настоящим приказом.

4. Специалисту по связям с общественностью отдела регионального развития Ивановой М.Л. разместить текст настоящего приказа и типовые формы документов, используемых при оказании платных медицинских услуг, на официальном сайте Чебоксарского филиала www.mntkcheb.ru.

5. Начальнику отдела кадрового и правового обеспечения Ильиной Н.А. ознакомить с настоящим приказом указанных в нем лиц.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора по организационно-клинической работе Овчинникову В.Н.

И.о. директора И.А. Фролычев

Лист согласования

к проекту приказа директора Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России от « 01 » 09 2026г. № 168 «Об утверждении новых типовых форм документов, используемых при оказании платных медицинских услуг»

Должность	Ф.И.О.	Подпись	Дата
Заместитель директора по организационно-клинической работе	Овчинникова В.Н.		31.08.2026
Заведующий Отделения оптической коррекции зрения – врачу-офтальмолог	Ситка М.М.		31.08.2026
Ведущий юрисконсульт отдела кадрового и правового обеспечения	Зинина С.А.		31.08.2026

Приложение № 1
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
в Отделении оптической коррекции зрения

г. Чебоксары «___» _____ 20 ___ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, в лице _____ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России _____, действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____ именуемый(ая) в дальнейшем **«Потребитель»**

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан
Я, _____

документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)
Пациента _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)

дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(число, месяц, год рождения)

именуемый(ая) в дальнейшем **представитель потребителя**,

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. В соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Потребителя (представителя потребителя), Исполнитель в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, действуя с добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя), предоставляет Потребителю платные медицинские услуги с применением изделий медицинского назначения и медикаментов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации согласно действующему законодательству Российской Федерации, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, в т.ч. в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов

медицинской помощи, а Потребитель (представитель Потребителя) оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.2. Получателем платных медицинских услуг по договору является Потребитель. Исполнитель оказывает услуги по договору по адресу места осуществления лицензируемого вида медицинской деятельности в соответствии Перечнем выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанным в едином реестре лицензий Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Приложение № 1 к настоящему договору). Сведения о лицензии и перечень медицинских услуг размещены на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: https://mntkcheb.ru, а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя.

1.3. Перечень услуг и их стоимость по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на платные медицинские услуги, в соответствии с необходимым объемом услуг и составляет:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя (представителя потребителя). При согласии Потребителя (представителя потребителя) на предоставление соответствующих медицинских услуг Сторонами оформляется дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действующим на день оказания услуг, либо оформляется новый договор на оказание платных медицинских услуг.

1.5. В соответствии с п. 3 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является Пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Условия, порядок, сроки оказания услуг и порядок расчетов.

2.1. Медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, предусмотренные договором с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, административного режима работы подразделений Исполнителя и требований действующего законодательства Российской Федерации. Дата и время оказания медицинских услуг определяются по предварительной записи, если иное не согласовано Сторонами.

2.2. При подписании настоящего договора Потребитель (представитель потребителя) на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомлен путем подписания письменного уведомления (Приложение № 2 к настоящему договору) о том, что: в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях; несоблюдение назначений (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.

2.3. Медицинские услуги оказываются Потребителю при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя) на медицинское вмешательство и согласия на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями, установленными законодательством

в сфере охраны здоровья, с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя (представителя потребителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя (представителя потребителя) оформляется в форме письменного согласия Потребителя (представителя потребителя) (Приложение № 3 к настоящему договору).

2.4. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем, и действующего на день оказания услуг (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя).

2.5. Оплата производится, с согласия Потребителя (представителя потребителя), при заключении договора на условиях 100 % авансового платежа, на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Потребителя.

2.6. Исполнитель производит отметку о стоимости услуги в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Потребителю (законному представителю потребителя) на руки выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности, или иной документ, предусмотренный законодательством Российской Федерации).

2.7. Срок оказания услуг: в течение одного месяца с момента поступления в полном объеме, предусмотренном договором, денежных средств от Потребителя (представителя потребителя) на лицевой счет либо в кассу Исполнителя.

2.8. В случае индивидуального заказа для Потребителя медицинских изделий, необходимых для оказания услуг, срок оказания услуг может продлеваться на период поставки медицинских изделий.

2.9. Если оказание медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания определяются согласованным с Потребителем (представителем потребителя) индивидуальным планом лечения и отражается в медицинской документации.

2.10. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя (представителя потребителя), срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

2.11. Продление срока, увеличение объема предоставляемых медицинских услуг по медицинским показаниям, предоставление дополнительных медицинских услуг, оказываемых в плановом порядке (не по экстренным показаниям), изменение стоимости медицинских услуг, оформляется дополнительным соглашением Сторон к договору.

2.12. 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.

2.13. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках госгарантий бесплатной медицинской помощи.

2.14. 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 медицинских услуг (обследования и т.д.) окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя (представителя потребителя) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченной Потребителем (представителем потребителя) по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

2.15. Информация об оказании медицинских услуг Потребителю фиксируется в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Подтверждением оказания

Потребителю платных медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Исполнителем Потребителю (представителю потребителя).

3. Права и обязанности Исполнителя.

3.1. **Исполнитель имеет право**:

- требовать от Потребителя (представителя потребителя) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (лечебно-охранительный режим, своевременность приема лекарственных препаратов, график прохождения процедур, соблюдение плана лечения, назначений и рекомендаций специалистов, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.), а также соблюдения правил внутреннего распорядка, правил техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя;
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- получать от Потребителя (представителя потребителя) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- отказать Потребителю (представителю потребителя) в предоставлении медицинской услуги Потребителю в случае отказа от медицинского вмешательства и/или невыполнения требований и рекомендаций и назначений медицинских специалистов;
- безотлагательно и безвозмездно, в случае возникновения неотложных состояний, определять объем диагностических исследований, манипуляций, медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором;
- в рамках предоставления медицинских услуг назначать Потребителю решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
- отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем (представителя потребителя) правил внутреннего распорядка, техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя, нарушении режима работы Исполнителя;
- использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.2. **Исполнитель обязан**:

- оказать услугу Потребителю согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинский помощи и предъявляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставить Потребителю (представителю потребителя) бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работниках, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональном образовании и квалификации); о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в адрес Исполнителя, контролирующие и надзорные органы, а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);
- соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную

информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства;

- вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя (представителя потребителя);

- предоставить 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;

- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;

- в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Потребителя (представителя потребителя), путем предоставления Уведомления о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором (Приложение № 4 к настоящему договору);

- извещать Потребителя (представителя потребителя) о невозможности оказания медицинских услуг 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 Потребителю на основании дополнительного соглашения к настоящему договору или на основании отдельно заключаемого договора;

- сохранять врачебную тайну;

- выдавать Потребителю (представителю потребителя), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя (пациента) 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. Права и обязанности Потребителя (представителя потребителя).

4.1. **Потребитель (представитель потребителя) имеет право:**

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Исполнителе, о наличии лицензии и информации о предоставляемых медицинских услугах, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;

- получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями положений об организации оказания медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи;

- в доступной для него форме получить информацию о состоянии здоровья Потребителя, 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;

- в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя 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;

- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия договора, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Потребителю (представителю потребителя) возвращаются оплаченные денежные средства в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации, за вычетом стоимости фактических оказанных услуг;

- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.2. **Потребитель (представитель потребителя) обязан:**

- прибыть для получения услуги в назначенное Исполнителем время;

- информировать медицинского работника Исполнителя до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях (в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства), противопоказаниях, жалобах на состояние здоровья, а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход оказания медицинских услуг, врачебных рекомендациях и направлениях на лечение, предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских организациях, у других медицинских специалистов вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии);

- обязуется не изымать из оформленных в медицинском учреждении Исполнителя: медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результаты обследований и другую медицинскую документацию;

- ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору;

- точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры к Исполнителю, консультации и лечение к Исполнителю, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения;

- своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг в порядке, которые определены настоящим договором;

- при поступлении на лечение иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и медицинский полис (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты);

- осуществлять прием всех препаратов и проходить процедуры, рекомендованные лечащим врачом Исполнителя, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Исполнителя, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств;

- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Исполнителя в течение всего периода пребывания в медицинском учреждении Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории в медицинского учреждения Исполнителя, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией - в автомобиле Исполнителя;

- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Исполнителя.

5. Ответственность Сторон.

5.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (представителем потребителя) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы (форс - мажорных обстоятельств, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору), а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Потребителем (представителем потребителя) неполной информации о здоровье Потребителя в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения, правил внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя (представителя потребителя), в том числе при нарушении Потребителем (представителем потребителя) медицинских предписаний.

5.4. Исполнитель не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, других факторов риска, а также в случаях оказания услуг в неполном либо меньшем объеме и/или недостижения запланированного результата и/или неэффективности медицинских услуг, возникших в результате: несоблюдения Потребителем (представителем потребителя) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредставления Потребителем (представителем потребителя) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат медицинских услуг; неисполнения Потребителем (представителем потребителя) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Исполнителя.

6. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров.

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

6.2. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением, подписанным Сторонами.

6.3. Споры и разногласия решаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе путем переговоров, при необходимости с проведением независимой экспертизы.

6.4. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, в случае недостижения согласия Сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

7. Особые условия.

7.1. Потребитель (представитель потребителя), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659;

- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Исполнителя, с Перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;

- уведомлен, что на территории медицинского учреждения Исполнителя осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной безопасности и безопасности деятельности Исполнителя, антитеррористической защищенности безопасности работников Исполнителя, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Исполнителя, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Исполнителя; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;

- предоставлена в доступной форме информация о возможности получения в иных медицинских подразделениях медицинского учреждения Исполнителя, соответствующих вида 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, за счет средств бюджета и иных источников;

- уведомлен, что медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, и оказываемые в отделении оптической коррекции зрения не предусмотрены программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая настоящий договор Потребитель (представитель Потребителя) на основании собственного волеизъявления дает свое добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящим договора;

- уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья Потребителя;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: информация о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, 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); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659, а также относящиеся к предмету договора (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);

- проинформирован(а), что сроки ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления мединских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего мединскую услугу, диагноза, возраста пациента, времени для подготовки к медицинской услуге и медицинскому вмешательству, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, тяжести состояния здоровья и иных факторов, которые могут повлиять на длительность ожидания, а также от организационной возможности проведения медицинского вмешательства;

- предупрежден(а) и осознает, что медицинская услуга является специфическим видом деятельности, по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, подверженные влиянию неподконтрольных факторов и явлений, не поддающихся в 100% случаев воле человека, эффективность оказанной медицинской помощи зависит не только от выбранной тактики лечения и действий медицинского персонала, но и от индивидуальных особенностей организма Потребителя, условий его жизнедеятельности, иных непрогнозируемых обстоятельств, в связи с чем Исполнитель даже при надлежащем выполнении своих обязательств по договору, правильном использовании установленных норм и правил, современных технологий и достижений медицинской науки, по объективным причинам не может гарантировать Потребителю (представителю потребителя) полного выздоровления Потребителя и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- выражает согласие на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Исполнителя https://mntkcheb.ru или в мобильном приложении.

7.2. Потребителю, по желанию потребителя (представителя потребителя), могут быть оказаны дополнительные услуги немедицинского характера, оказываемые Исполнителем, стоимость которых устанавливается на основании утвержденного Прейскуранта Исполнителя и действующего на день оказания услуги. Потребитель (представитель потребителя) оплачивает эти услуги на условиях договора.

7.3. Потребитель (представитель потребителя) согласен, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Исполнитель вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, проставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.4. В случае отказа Потребителя (представителя потребителя) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель (представитель Потребителя) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.5. Потребитель (представитель потребителя) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, свободно, своей волей и в своем интересе оформляет отдельное письменное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведения

медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. При этом Потребитель (представитель потребителя) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, указанный отзыв оформляется в виде письменного заявления, подписанного собственноручно, оригинал подписанного заявления направляется по фактическому адресу Исполнителя Почтой России почтовым отправлением либо путем вручения нарочно: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.

8. Прочие условия.

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.
8.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.
8.3. Настоящий договор составлен в 2 (двух) имеющих равную силу экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

9. Сведения об Исполнителе.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Фирменное наименование: МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.
Адрес места нахождения: 127486, г. Москва, Бескудниковский б-р, 59А.
Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 10277397146006
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 7713059497
Филиал: Чебоксарский филиал федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Адрес филиала: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.
E-mail: info@mntkcheb.ru, официальный сайт в сети «Интернет» https://mntkcheb.ru

10. Реквизиты и подписи Сторон.

Исполнитель:
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Юридический адрес: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а
Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:
Л/с 30156Э31560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК по Нижегородской области, г Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Потребитель (представитель Потребителя):
Сведения о Потребителе:
Ф.И.О.:
Дата рождения:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Потребитель:
_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Сведения о законном представителе Потребителя *(Этот раздел заполняется только при заключении договора на оказание медицинских услуг лицам, не достигших 14 лет, или недееспособным гражданам)*:
Ф.И.О.:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:

М.П.

Документ, подтверждающий полномочия законного представителя *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Представитель Потребителя:
_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Приложение № 1
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность исполнителя, в соответствии лицензией

В соответствии с Лицензией от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, Исполнителем осуществляется следующая медицинская деятельность по адресу места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:
428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, проспект Тракторостроителей, д. 10, выполняемые работы, оказываемые услуги:
**указывается в соответствии с действующей лицензией - выполняемые работы, оказываемые услуги*

Приложение № 2
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
Потребителя (Представителя потребителя)
о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)
Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу)

Исполнитель на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомляет Потребителя (представителя потребителя) о том, что:
– в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;
– несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, иного медицинского работника, 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.
Уведомлен(а) и согласен(на) соблюдать указания (рекомендации) лечащего врача, иного медицинского работника, назначенный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, а также правила поведения пациента в медицинской организации исполнителя.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 3
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___

СОГЛАСИЕ
Потребителя (Представителя Потребителя)
на отступление от стандарта медицинской помощи

В соответствии с п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 подтверждаю и согласовываю оказание Потребителю платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 4
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором

В соответствии с п. 26 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 Исполнитель предупреждает Потребителя (представителя потребителя) о том, что при предоставлении платных медицинских услуг в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, а именно:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

В связи с указанным обстоятельством предлагаем подписать дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 2
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
в Отделении оптической коррекции зрения
(подбор жестких газопроницаемых линз: роговичных, склеральных)

г. Чебоксары « ___ » _____ 20 ___ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, в лице _____ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России _____, действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)
медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
именуемый(ая) в дальнейшем «**Потребитель**»

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан
Я, _____
документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)
Пациента _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)
дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(число, месяц, год рождения)
именуемый(ая) в дальнейшем **представитель потребителя**,

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. В соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Потребителя (представителя потребителя), Исполнитель в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, действуя с добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя), предоставляет Потребителю платные медицинские услуги с применением изделий медицинского назначения и медикаментов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации согласно действующему законодательству Российской Федерации, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, в т.ч. в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи,

порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а Потребитель (представитель Потребителя) оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.2. Получателем платных медицинских услуг по договору является Потребитель. Исполнитель оказывает услуги по договору по адресу места осуществления лицензируемого вида медицинской деятельности в соответствии Перечнем выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанным в едином реестре лицензий Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Приложение № 1 к настоящему договору). Сведения о лицензии и перечень медицинских услуг размещены на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: https://mntkcheb.ru, а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя.

1.3. Перечень услуг и их стоимость по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на платные медицинские услуги, в соответствии с необходимым объемом услуг и составляет:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)
без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

1.4. Жесткие газопроницаемые линзы: роговичные, склеральные (далее по тексту - ЖГП-линзы, ЖГПЛ) являются медицинским изделием, подбор которых осуществляется медицинским работником Исполнителя при оказании медицинских услуг Потребителю в соответствии с настоящим договором после прохождения диагностического обследования органа зрения Потребителя и подбора средств контактной коррекции.

ЖГП-линзы изготавливаются по индивидуальным параметрам Потребителя под заказ и оплачиваются на основании заказа. Процесс подбора линз для Потребителя может быть многоэтапным, в случае необходимости может понадобиться дополнительное обследование или примерка пробной линзы (информация о стоимости пробной контактной линзы обговаривается и согласовывается с Потребителем (представителем Потребителя) при оформлении индивидуального заказа ЖГП-линзы).

ЖГПЛ подлежат использованию строго в соответствии с инструкцией производителя и рекомендациями лечащего врача.

Согласно ст. 470 Гражданского кодекса Российской Федерации законную гарантию на качество ЖГП-линз предоставляет производитель, что подтверждает передачу Потребителю товара, прошедшего производственный контроль (гарантийный номер на упаковке линз). Договорная гарантия (гарантийный срок) на ЖКПЛ не предоставляется.

Сведения о ЖГП-линзах, передаваемых Потребителю, отражаются в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, которая оформляется в отношении Потребителя (пациента) в отделении оптической коррекции зрения.

Инструкция по уходу и эксплуатации жестких газопроницаемых линз (роговичных, склеральных) является неотъемлемой частью договора (Приложение № 2 к настоящему договору).

1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя (представителя потребителя). При согласии Потребителя (представителя потребителя) на предоставление соответствующих медицинских услуг Сторонами оформляется дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действующим на день оказания услуг, либо оформляется новый договор на оказание платных медицинских услуг.

1.6. В соответствии с п. 3 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является Пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Условия, порядок, сроки оказания услуг и порядок расчетов.

2.1. Медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, предусмотренные договором с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, административного режима работы подразделений Исполнителя и требований действующего законодательства Российской Федерации. Дата и время оказания медицинских услуг определяются по предварительной записи, если иное не согласовано Сторонами.

2.2. При подписании настоящего договора Потребитель (представитель потребителя) на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомлен путем подписания письменного уведомления (Приложение № 3 к настоящему договору) о том, что: в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях; несоблюдение назначений (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.

2.3. Медицинские услуги оказываются Потребителю при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя) на медицинское вмешательство и согласия на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя (представителя потребителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя (представителя потребителя) оформляется в форме письменного согласия Потребителя (представителя потребителя) (Приложение № 4 к настоящему договору).

2.4. При наличии медицинских показаний и согласия Потребителя (представителя потребителя) проводится подбор, примерка и обучение Потребителя правилам использования ЖГП-линз (роговичных, склеральных). Параметры, режим ношения подобранных контактных линз и ухода за ними отражается в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

2.5. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем, действующего на день оказания услуг (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя).

2.6. Оплата медицинских услуг производится, с согласия Потребителя (представителя потребителя), при заключении договора на условиях 100 % авансового платежа, на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Потребителя.

2.7. Стоимость медицинских изделий (ЖГПЛ) и порядок расчетов определяется при оформлении индивидуального заказа на ЖГПЛ. Оплата производится на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Потребителя.

2.8. Исполнитель производит отметку о стоимости услуги, медицинских изделий (ЖГПЛ) в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Потребителю (представителю потребителя) на руки выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг, ЖГПЛ (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности, или иной документ, предусмотренный законодательством Российской Федерации).

2.9. В случае повреждения ЖГПЛ в течение первых 3 (трех) месяцев с момента подбора оплата за медицинскую услугу (подбор ЖГПЛ) не взымается, Потребитель (представитель потребителя) оплачивает только стоимость линзы на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем. ,При

повреждении ЖГПЛ по истечении 3 (трех) месяцев с момента подбора, Потребитель (представитель потребителя) оплачивает услугу повторного подбора на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем и действующего на день оказания услуг.

2.10. В случае неадаптиции Потребителя или трудностях с манипуляцией с линзами и при возникшем желании Потребителя отказаться от ношения ЖГПЛ, денежные средства, оплаченные за оказанную услугу подбора линз не возвращаются.

2.11. Контактные линзы (в т.ч. ЖГПЛ) являются медицинским изделием индивидуального пользования и не подлежат обмену и возврату согласно п. 2 ст. 502 Гражданского кодекса Российской Федерации, абз. 4 ч. 1 ст. 25 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-I «О защите прав потребителей», п. 1 Перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих обмену, утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 657.

2.12. Срок оказания услуг: в течение одного месяца с момента поступления в полном объеме, предусмотренном договором, денежных средств от Потребителя (представителя потребителя) на лицевой счет либо в кассу Исполнителя.

2.13. В случае индивидуального заказа для Потребителя медицинских изделий, необходимых для оказания услуг, срок оказания услуг может продлеваться на период поставки медицинских изделий.

2.14. Если оказание медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания определяются согласованным с Потребителем (представителем потребителя) индивидуальным планом лечения и отражается в медицинской документации.

2.15. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя (представителя потребителя), срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

2.16. Продление срока, увеличение объема предоставляемых медицинских услуг по медицинским показаниям, предоставление дополнительных медицинских услуг, оказываемых в плановом порядке (не по экстренным показаниям), изменение стоимости медицинских услуг, оформляется дополнительным соглашением Сторон к договору.

2.17. 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.

2.18. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках госгарантий бесплатной медицинской помощи.

2.19. 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 медицинских услуг (обследования и т.д.) окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя (представителя потребителя) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченной Потребителем (представителем потребителя) по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

2.20. Информация об оказании медицинских услуг Потребителю фиксируется в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Подтверждением оказания Потребителю платных медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Исполнителем Потребителю (представителю потребителя).

3. Права и обязанности Исполнителя.

3.1. **Исполнитель имеет право:**

- требовать от Потребителя (представителя потребителя) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (лечебно-охранительный режим, своевременность приема лекарственных препаратов, график прохождения процедур, соблюдение

плана лечения, назначений и рекомендаций специалистов, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.), а также соблюдения правил внутреннего распорядка, правил техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя;

- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;

- получать от Потребителя (представителя потребителя) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

- отказать Потребителю (представителю потребителя) в предоставлении медицинской услуги Потребителю в случае отказа от медицинского вмешательства и/или выявления у Потребителя противопоказаний к проведению медицинского вмешательства и/или невыполнения требований и рекомендаций и назначений медицинских специалистов, а также правил использования ЖГПЛ;

- устанавливать объем и характер необходимых обследований Потребителя и/или рекомендовать Потребителю (представителю потребителя) изменить методику или тактику коррекции зрения Потребителя в случае медицинской необходимости;

- безотлагательно и безвозмездно, в случае возникновения неотложных состояний, определять объем диагностических исследований, манипуляций, иных медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором;

- в рамках предоставления медицинских услуг назначать Потребителю решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;

- отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем (представителя потребителя) правил внутреннего распорядка, техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя, нарушении режима работы Исполнителя;

- использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.2. **Исполнитель обязан:**

- оказать услугу Потребителю согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинский помощи и предъявляемым к медицинским услугам соответствующего вида;

- предоставить Потребителю (представителю потребителя) бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работниках, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональном образовании и квалификации); о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в адрес Исполнителя, контролирующие и надзорные органы, а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);

- соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства;

- вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, медицинских изделий, а также денежных средств, поступивших от Потребителя (представителя потребителя);

- предоставить 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;

- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;

- в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Потребителя (представителя потребителя), путем предоставления Уведомления о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором (Приложение № 5 к настоящему договору);

- извещать Потребителя (представителя потребителя) о невозможности оказания медицинских услуг 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 Потребителю на основании дополнительного соглашения к настоящему договору или на основании отдельно заключаемого договора;

- осуществлять плановое динамическое наблюдение Потребителя (пациента) в течение терапии 1 (одного) года, которое включает 4 (четыре) плановых осмотра согласно графику;

- предоставить Потребителю (представителю потребителя) инструкцию по использованию ЖГП-линз, сведения об основных свойствах ЖГП-линз и оказываемых медицинских услугах, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях и осложнениях, которые могут возникнуть при использовании контактных линз;

- сохранять врачебную тайну;

- выдавать Потребителю (представителю потребителя), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя (пациента) 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. Права и обязанности Потребителя (представителя потребителя).

4.1. **Потребитель (представитель потребителя) имеет право:**

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Исполнителе, о наличии лицензии и информации о предоставляемых медицинских услугах, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;

- получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями положений об организации оказания медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи;

- в доступной для него форме получить информацию о состоянии здоровья Потребителя, 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;

- в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя 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;

- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия договора, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Потребителю (представителю потребителя) возвращаются оплаченные денежные средства в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации, за вычетом стоимости фактических оказанных услуг;

- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.2. **Потребитель (представитель потребителя) обязан:**

- прибыть для получения услуги в назначенное Исполнителем время;
- информировать медицинского работника Исполнителя до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях (в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства), противопоказаниях, жалобах на состояние здоровья, а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход оказания медицинских услуг, врачебных рекомендациях и направлениях на лечение, предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских организациях, у других медицинских специалистов вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии);
- обязуется не изымать из оформленных в медицинском учреждении Исполнителя: медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результаты обследований и другую медицинскую документацию;
- ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору;
- соблюдать инструкцию производителя ЖГП-линз, инструкцию по уходу и эксплуатации ЖГП-линз и график визитов, согласованный со специалистом:
  1 визит - через 3 месяца использования ЖГП-линз;
  2 визит - через 6 месяцев;
  3 визит - через 9 месяцев;
  4 визит – через 12 месяцев;
- точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры к Исполнителю, консультации и лечение к Исполнителю, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения. В случае возникновения осложнений в кратчайшие сроки обратиться к врачу-офтальмологу медицинского учреждения Исполнителя;
- своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг, медицинских изделий, товара в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором;
- при поступлении на лечение иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и медицинский полис (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты);
- осуществлять прием всех препаратов и проходить процедуры, рекомендованные лечащим врачом Исполнителя, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Исполнителя, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств;
- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Исполнителя в течение всего периода пребывания в медицинском учреждении Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории в медицинского учреждения Исполнителя, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией - в автомобиле Исполнителя;
- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Исполнителя.

5. Ответственность Сторон.

5.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (представителем потребителя) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы (форс - мажорных обстоятельств, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить (стихийные бедствия, эпидемии, военные

действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору), а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Потребителем (представителем потребителя) неполной информации о здоровье Потребителя в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения, правил внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя (представителя потребителя), в том числе при нарушении Потребителем (представителем потребителя) медицинских предписаний.

5.4. Исполнитель не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, других факторов риска, а также в случаях оказания услуг в неполном либо меньшем объеме и/или недостижения запланированного результата и/или неэффективности медицинских услуг, возникших в результате: несоблюдения Потребителем (представителем потребителя) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредставления Потребителем (представителем потребителя) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат медицинских услуг; неисполнения Потребителем (представителем потребителя) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Исполнителя, а также правил использования ЖГПЛ.

6. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров.

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

6.2. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением, подписанным Сторонами.

6.3. Споры и разногласия решаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе путем переговоров, при необходимости с проведением независимой экспертизы.

6.4. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, в случае недостижения согласия Сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

7. Особые условия.

7.1. Потребитель (представитель потребителя), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Исполнителя, с Перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;
- уведомлен, что на территории медицинского учреждения Исполнителя осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной безопасности и безопасности деятельности Исполнителя, антитеррористической защищенности безопасности работников Исполнителя, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Исполнителя, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Исполнителя; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;
- предоставлена в доступной форме информация о возможности получения в иных медицинских подразделениях медицинского учреждения Исполнителя, соответствующих вида 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, за счет средств бюджета и иных источников;
- уведомлен, что медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, и оказываемые в отделении оптической коррекции зрения не предусмотрены программой государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая настоящий договор Потребитель (представитель Потребителя) на основании собственного волеизъявления дает свое добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящим договора;

- уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья Потребителя;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: информация о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, 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); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659, а также относящиеся к предмету договора (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);

- проинформирован(а), что сроки ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления мединских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего мединскую услугу, диагноза, возраста пациента, времени для подготовки к медицинской услуге и медицинскому вмешательству, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, тяжести состояния здоровья и иных факторов, которые могут повлиять на длительность ожидания, а также от организационной возможности проведения медицинского вмешательства;

- предупрежден(а) и осознает, что медицинская услуга является специфическим видом деятельности, по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, подверженные влиянию неподконтрольных факторов и явлений, не поддающихся в 100% случаев воле человека, эффективность оказанной медицинской помощи зависит не только от выбранной тактики лечения и действий медицинского персонала, но и от индивидуальных особенностей организма Потребителя, условий его жизнедеятельности, иных непрогнозируемых обстоятельств, в связи с чем Исполнитель даже при надлежащем выполнении своих обязательств по договору, правильном использовании установленных норм и правил, современных технологий и достижений медицинской науки, по объективным причинам не может гарантировать Потребителю (представителю потребителя) полного выздоровления Потребителя и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- выражает согласие на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Исполнителя https://mntkcheb.ru или в мобильном приложении.

7.2. Потребителю, по желанию потребителя (представителя потребителя), могут быть оказаны дополнительные услуги немедицинского характера, оказываемые Исполнителем, стоимость которых устанавливается на основании утвержденного Прейскуранта Исполнителя и действующего на день оказания услуги. Потребитель (представитель потребителя) оплачивает эти услуги на условиях договора.

7.3. Потребитель (представитель потребителя) согласен, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Исполнитель вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, проставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение

Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.4. В случае отказа Потребителя (представителя потребителя) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель (представитель Потребителя) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.5. Потребитель (представитель потребителя) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, свободно, своей волей и в своем интересе оформляет отдельное письменное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведения медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. При этом Потребитель (представитель потребителя) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, указанный отзыв оформляется в виде письменного заявления, подписанного собственноручно, оригинал подписанного заявления направляется по фактическому адресу Исполнителя Почтой России почтовым отправлением либо путем вручения нарочно: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.

8. Прочие условия.

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

8.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

8.3. Настоящий договор составлен в 2 (двух) имеющих равную силу экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

9. Сведения об Исполнителе.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Фирменное наименование: МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.
Адрес места нахождения: 127486, г. Москва, Бескудниковский б-р, 59А.
Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 10277397146006
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 7713059497
Филиал: Чебоксарский филиал федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Адрес филиала: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.
E-mail: info@mntkcheb.ru, официальный сайт в сети «Интернет» https://mntkcheb.ru

10. Реквизиты и подписи Сторон.

Исполнитель:
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Юридический адрес: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а
Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:

Потребитель (представитель Потребителя):
Сведения о Потребителе:
Ф.И.О.:
Дата рождения:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Потребитель:
_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Л/с 30156Э31560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России//УФК по Нижегородской области, г Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

_____ /_____
Подпись Ф.И.О.

М.П.

Сведения о законном представителе Потребителя
(Этот раздел заполняется только при заключении договора на оказание медицинских услуг лицам, не достигших 14 лет, или недееспособным гражданам):
Ф.И.О.:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Документ, подтверждающий полномочия законного представителя *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Представитель Потребителя:
_____ /_____
Подпись Ф.И.О.

Приложение № 1
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность исполнителя, в соответствии лицензией

В соответствии с Лицензией от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, Исполнителем осуществляется следующая медицинская деятельность по адресу места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, проспект Тракторостроителей, д. 10, выполняемые работы, оказываемые услуги:

**указывается в соответствии с действующей лицензией - выполняемые работы, оказываемые услуги*

Приложение № 2
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

ИНСТРУКЦИЯ
по уходу и эксплуатации жестких газопроницаемых линз: (склеральные, роговичные)

ОБЩЕЕ

Пожалуйста, внимательно прочтите эту инструкцию. Ее создание продиктовано заботой о Вашем здоровье!

ЖГП-линзы (склеральные, роговичные) предназначены для дневного ношения. При ношении ЖГП-линзы рекомендованы повторные осмотры, частота повторных осмотров прописана в договоре. При всех визитах к врачу необходимо приносить ЖГП-линзы с собой в контейнере для контрольного осмотра и профессиональной очистки.

Будьте внимательны к своим ощущениям!

Ношение ЖГП-линзы запрещено при следующих состояниях:

-при покраснении глаз, светобоязни, слезотечении, рези, боли, дискомфорте в глазах;

- при покраснении, отеке или воспалении век;

- при простудных заболеваниях, насморке, заложенности носа, боли в горле, повышении температуры;

- в местах, где невозможно соблюсти все правила ухода за линзами;

- при наличии повреждений на линзе (сколов, трещин, глубоких царапин и т.д.), выраженных отложений на поверхности линзы;

- не допускается посещение в ЖГП-линзах бассейна, бани, открытых водоемов, противопоказан контакт линзы с любой жидкостью за исключением физиологического 0,9 % раствора NaCl, раствора по уходу за контактными линзами, либо глазных капель, предназначенных для пользователей контактными линзами.

НАДЕВАНИЕ И СНЯТИЕ ЛИНЗЫ

Надевание и снятие линз следует проводить за столом, в хорошо освещенном помещении. Запрещается проводить манипуляции с линзами в ванной, туалете, либо других неприспособленных для этого местах.

Перед надеванием линз тщательно помойте руки под проточной чистой водой с нейтральным мылом (без содержания косметических или иных добавок) и насухо вытрите руки безворсовым одноразовым полотенцем. Не допускается использование грунтовых, стоячих вод из-за высокого риска развития инфекционных глазных заболеваний!

Прежде чем прикасаться к линзам, убедитесь, что руки чистые, ногти коротко пострижены, на руках нет инородных тел, ворсинок и т.д.

Убедитесь, что на линзе нет механических повреждений. При обнаружении на ЖГП-линзе сколов, глубоких царапин и иных повреждений, а также при стойком дискомфорте в линзах, дальнейшая эксплуатация линз запрещена! Необходимо обратиться к лечащему врачу для решения сложившейся ситуации.

Все манипуляции с линзами следует проводить сидя за столом, покрытым одноразовой салфеткой (чтобы в случае падения линза упала на стол, а не на пол). Рекомендуется начинать с правой линзы (чтобы не перепутать линзы). Закапайте увлажняющие капли в оба глаза.

Возьмите ЖГП-линзу из контейнера с раствором и положите на подушечку указательного пальца (можно использовать присоску для контактных линз). Заполните ЖГП-линзу физиологическим раствором NaCl. Наклоните голову, смотрите прямо перед собой (можно использовать зеркало, расположенное горизонтально на столе), поднесите линзу к глазу. Положите линзу строго по центру роговицы в проекции зрачка. Нет необходимости сильно прижимать линзу к глазу или перемещать линзу по поверхности роговицы. Лучше держать открытыми оба глаза. Следите за тем, чтобы под линзой не было пузырей воздуха. В случае обнаружения воздуха под линзой, инородных тел, снимите линзу и повторите процедуру.

Повторите то же с левой линзой.

Выдейте раствор из контейнера, промойте его физиологическим раствором NaCl, оставьте контейнер открытым для просушивания.

СНЯТИЕ ЛИНЗЫ

Перед снятием линзы закапайте в глаза увлажняющие капли, убедитесь, что ЖГП-линзы подвижны. Для этого надо приложить указательный палец к краю нижнего века и веком подвигать линзу. Она должна перемещаться по поверхности глаза. Если этого не происходит, закапайте еще раз увлажняющие капли, можно надавить пальцем через веко на склеру под ЖГП-линзой и пропустить воздух под линзу, добейтесь ее подвижности. Только после этого приступите к снятию ЖГП-линзы.

Для снятия линзы можно пользоваться присоской для контактных линз. Установите присоску ближе к верхнему или нижнему краю линзы. После закрепления присоски, попытайтесь снять ЖГП-линзы, двигаясь под острым углом к поверхности роговицы. Чтобы не перепутать линзы, начинайте снимать всегда с правого глаза.

УХОД ЗА ЛИНЗАМИ

Уход за линзами включает механическую очистку и дезинфекцию линз. Для этого используются универсальные многофункциональные растворы, предназначенные для ухода за жесткими газопроницаемыми линзами, рекомендованные Вашим лечащим врачом.

Механическая очистка необходима для удаления отложений с поверхности линзы, а дезинфекция – для удаления болезнетворных возбудителей.

Линзы должны очищаться механически ежедневно после снятия. Для этого положите линзу на ладонную поверхность кисти наружной (выпуклой) стороной вниз и налейте в нее небольшой количество раствора. Подушечкой указательного пальца другой руки очистите линзу круговыми движениями, прилагая небольшое усилие. Затем ополосните линзу физиологическим раствором NaCl.

Далее, для дезинфекции линз, поместите их в контейнер и оставьте их на тот срок, который указан производителем раствора в инструкции. Линзы должны быть полностью погружены в раствор! Никогда не используйте один и тот же раствор в контейнере повторно!

Необходимо всегда внимательно изучить инструкцию к раствору и следовать ей. Несоблюдение инструкции может привести к осложнениям со стороны глаз и потере зрения!

Всегда консультируйтесь с лечащим врачом при замене раствора на раствор другого производителя. Следует применять растворы, рекомендованные для жестких линз.

Линзы нельзя нагревать и кипятить! Это может привести к повреждению и деформации линз!

Для домашнего использования может применяться пероксидная система очистки линз. Перед применением системы необходимо тщательно ознакомиться с инструкцией!

Дополнительные способы очистки линз.

Для дополнительной очистки линз от белковых отложений могут применять средства энзимной или химической очистки с использованием лабораторных очистителей. Данный вид обработки применяется ежеквартально в условиях отделения оптической коррекции медицинским работником.

Дополнительные способы очистки не заменяют ежедневную рутинную очистку и дезинфекцию линз.

ХРАНЕНИЕ ЛИНЗ

Для предотвращения контаминации контейнера и снижения риска развития инфекционных осложнений никогда не используйте водопроводную или стоячую воду для промывки контейнера. Контейнер для линз должен периодически обновляться (не реже 1 раза в месяц).

РЕЖИМ НОШЕНИЯ ЛИНЗ

Линзы предназначены для использования во время бодрствования (дневное время) с соблюдением рекомендаций медицинского работника по эксплуатации линз, которые даны в настоящей инструкции и медицинским работником.

Режим ношения линз определяется медицинским работником индивидуально для каждого пациента.

Рекомендуется соблюдать следующий режим ношения линз (если другое не было предписано медицинским работником):

1-й день – 2-3 часа;
2-й день – 3-4 часа;
3-й день – 4-5 часов;
4-й день – 5-7 часов;
5-й день – 7-9 часов;
6-й день – от 9 часов и на протяжении всего времени бодрствования.

Категорически запрещается использование линз во время сна. Следует помнить, что сон в линзах, а также нарушение режима ухода и ношения линз, представляет высокий риск для здоровья глаз и может привести к необратимой утрате зрения.

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

При применении линз возможно развитие следующих нежелательных эффектов:
- ощущение дискомфорта, жжения, рези, зуда или боли;
- чувство инородного тела в глазу;
- покраснение глаз;
- светобоязнь, слезотечение;
- снижение четкости изображения (плохая острота зрения);
- «затуманивание» зрения, радужные круги или «гало» (свечения) вокруг объектов;
- сухость глаз.

При возникновении вышеперечисленных состояний следует немедленно прекратить ношение линз и обратиться за помощью к врачу-офтальмологу за консультацией и, если потребуется, для получения соответствующего лечения во избежания развития серьезных повреждений глаз.

Срок службы линзы составляет не более 12 месяцев со дня начала пользования линзой. После истечения данного срока линзу необходимо заменить на новую. При наличии повреждений или отложений на линзе срок годности линзы может сокращаться.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна. Я инструктирован(а) в отношении техники ухода и использования ЖГП-линз и полностью несу ответственность за нарушения правил этой техники, а также этой инструкции.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 3
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202__г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
Потребителя (Представителя потребителя)
о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)
Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу)

Исполнитель на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомляет Потребителя (представителя потребителя) о том, что:

– в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

– несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, иного медицинского работника, 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.

Уведомлен(а) и согласен(на) соблюдать указания (рекомендации) лечащего врача, иного медицинского работника, назначенный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, а также правила поведения пациента в медицинской организации исполнителя.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 4
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___

СОГЛАСИЕ
Потребителя (Представителя Потребителя)
на отступление от стандарта медицинской помощи

В соответствии с п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 подтверждаю и согласовываю оказание Потребителю платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 5
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___ г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором

В соответствии с п. 26 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 Исполнитель предупреждает Потребителя (представителя потребителя) о том, что при предоставлении платных медицинских услуг в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, а именно:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

В связи с указанным обстоятельством предлагаем подписать дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 3
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
в Отделении оптической коррекции зрения
(подбор ортокератологических линз)

г. Чебоксары « ___ » _____ 20 ___ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, в лице _____ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России _____, действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
именуемый(ая) в дальнейшем «**Потребитель**»

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан
Я, _____
документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)
Пациента _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)
дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(число, месяц, год рождения)
именуемый(ая) в дальнейшем **представитель потребителя,**

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. В соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Потребителя (представителя потребителя), Исполнитель в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, действуя с добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя), предоставляет Потребителю платные медицинские услуги с применением изделий медицинского назначения и медикаментов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации согласно действующему законодательству Российской Федерации, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, в т.ч. в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи,

порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а Потребитель (представитель Потребителя) оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.2. Получателем платных медицинских услуг по договору является Потребитель. Исполнитель оказывает услуги по договору по адресу места осуществления лицензируемого вида медицинской деятельности в соответствии Перечнем выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанным в едином реестре лицензий Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Приложение № 1 к настоящему договору). Сведения о лицензии и перечень медицинских услуг размещены на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: https://mntkcheb.ru, а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя.

1.3. Перечень услуг и их стоимость по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на платные медицинские услуги, в соответствии с необходимым объемом услуг и составляет:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

1.4. Ортокератологические линзы (далее по тексту - ОК-линзы, ОКЛ) являются медицинским изделием, подбор которых осуществляется медицинским работником Исполнителя при оказании медицинских услуг Потребителю в соответствии с настоящим договором после прохождения комплексной диагностического обследования органа зрения Потребителя и подбора средств контактной коррекции.

ОК-линзы изготавливаются по индивидуальным параметрам Потребителя под заказ и оплачиваются на основании заказа. Процесс подбора линз для Потребителя может быть многоэтапным, в случае необходимости может понадобиться дополнительное обследование или примерка пробной линзы (информация о стоимости пробной контактной линзы обговаривается и согласовывается с Потребителем (представителем Потребителя) при оформлении индивидуального заказа ОК-линзы).

ОКЛ подлежат использованию строго в соответствии с инструкцией производителя и рекомендациями лечащего врача.

Согласно ст. 470 Гражданского кодекса Российской Федерации законную гарантию на качество ОК-линз предоставляет производитель, что подтверждает передачу Потребителю товара, прошедшего производственный контроль (гарантийный номер на упаковке линз). Договорная гарантия (гарантийный срок) на ОКЛ не предоставляется.

Сведения о ОК-линзах, передаваемых Потребителю, отражаются в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, которая оформляется в отношении Потребителя (пациента) в отделении оптической коррекции зрения.

Инструкция по уходу и эксплуатации ортокератологических линз является неотъемлемой частью договора (Приложение № 2 к настоящему договору).

1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя (представителя потребителя). При согласии Потребителя (представителя потребителя) на предоставление соответствующих медицинских услуг Сторонами оформляется дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действующим на день оказания услуг, либо оформляется новый договор на оказание платных медицинских услуг.

1.6. В соответствии с п. 3 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является Пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Условия, порядок, сроки оказания услуг и порядок расчетов.

2.1. Медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, предусмотренные договором с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, административного режима работы подразделений Исполнителя и требований действующего законодательства Российской Федерации. Дата и время оказания медицинских услуг определяются по предварительной записи, если иное не согласовано Сторонами.

2.2. При подписании настоящего договора Потребитель (представитель потребителя) на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомлен путем подписания письменного уведомления (Приложение № 3 к настоящему договору) о том, что: в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях; несоблюдение назначений (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.

2.3. Медицинские услуги оказываются Потребителю при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя) на медицинское вмешательство и согласия на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя (представителя потребителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя (представителя потребителя) оформляется в форме письменного согласия Потребителя (представителя потребителя) (Приложение № 4 к настоящему договору).

2.4. При наличии медицинских показаний и согласия Потребителя (представителя потребителя) проводится подбор, примерка и обучение Потребителя правилам использования ОК-линз. Параметры, режим ношения подобранных контактных линз и ухода за ними отражается в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

2.5. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем, действующего на день оказания услуг (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя).

2.6. Оплата медицинских услуг производится, с согласия Потребителя (представителя потребителя), при заключении договора на условиях 100 % авансового платежа, на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Потребителя.

2.7. Стоимость медицинских изделий (ОКЛ) и порядок расчетов определяется при оформлении индивидуального заказа на ОКЛ. Оплата производится на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Потребителя.

2.8. Исполнитель производит отметку о стоимости услуги, медицинских изделий (ОКЛ) в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Потребителю (представителю потребителя) на руки выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг, ОКЛ (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности, или иной документ, предусмотренный законодательством Российской Федерации).

2.9. По медицинским показаниям и при отсутствии у Потребителя качественного зрения менее 0,6 через месяц с момента первого использования ОКЛ в ночном режиме и при условии соблюдения им графика визитов и рекомендаций лечащего врача, Потребителю (представителю потребителя) возвращается стоимость линз без учета оказанных медицинских услуг и в случае возврата

Потребителем неповрежденных линз (данное условие о возврате неповрежденных линз является обязательным).

2.10. По медицинским показаниям Потребителю может быть заказана пробная диагностическая линза. Стоимость линзы оплачивается в соответствии с Прейскурантом.

2.11. В случае повреждения ОКЛ в течение первых 3 (трех) месяцев с момента подбора оплата за медицинскую услугу (подбор ОКЛ) не взымается, Потребитель (представитель потребителя) оплачивает только стоимость линзы на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем. При повреждении ОКЛ по истечении 3 (трех) месяцев с момента подбора, Потребитель (представитель потребителя) оплачивает услугу повторного подбора на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем и действующего на день оказания услуг.

2.12. В случае неадаптации Потребителя или трудностях с манипуляцией с линзами и при возникшем желании Потребителя отказаться от ношения ОКЛ, денежные средства, оплаченные за оказанную услугу подбора линз не возвращаются.

2.13. Контактные линзы (в т.ч. ОКЛ) являются медицинским изделием индивидуального пользования и не подлежат обмену и возврату согласно п. 2 ст. 502 Гражданского кодекса Российской Федерации, абз. 4 ч. 1 ст. 25 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-I «О защите прав потребителей», п. 1 Перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих обмену, утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 657.

2.14. Срок оказания услуг: в течение одного месяца с момента поступления в полном объеме, предусмотренном договором, денежных средств от Потребителя (представителя потребителя) на лицевой счет либо в кассу Исполнителя.

2.15. В случае индивидуального заказа для Потребителя медицинских изделий, необходимых для оказания услуг, срок оказания услуг может продлеваться на период поставки медицинских изделий.

2.16. Если оказание медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания определяются согласованным с Потребителем (представителем потребителя) индивидуальным планом лечения и отражается в медицинской документации.

2.17. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя (представителя потребителя), срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

2.18. Продление срока, увеличение объема предоставляемых медицинских услуг по медицинским показаниям, предоставление дополнительных медицинских услуг, оказываемых в плановом порядке (не по экстренным показаниям), изменение стоимости медицинских услуг, оформляется дополнительным соглашением Сторон к договору.

2.19. 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.

2.20. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках госгарантий бесплатной медицинской помощи.

2.21. 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 медицинских услуг (обследования и т.д.) окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя (представителя потребителя) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченной Потребителем (представителем потребителя) по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

2.22. Информация об оказании медицинских услуг Потребителю фиксируется в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Подтверждением оказания Потребителю платных медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Исполнителем Потребителю (представителю потребителя).

3. Права и обязанности Исполнителя.

3.1. **Исполнитель имеет право**:

- требовать от Потребителя (представителя потребителя) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (лечебно-охранительный режим, своевременность приема лекарственных препаратов, график прохождения процедур, соблюдение плана лечения, назначений и рекомендаций специалистов, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.), а также соблюдения правил внутреннего распорядка, правил техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя;
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- получать от Потребителя (представителя потребителя) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- отказать Потребителю (представителю потребителя) в предоставлении медицинской услуги Потребителю в случае отказа от медицинского вмешательства и/или выявления у Потребителя противопоказаний к проведению медицинского вмешательства и/или невыполнения требований и рекомендаций и назначений медицинских специалистов, а также правил использования ОКЛ;
- устанавливать объем и характер необходимых обследований Потребителя и/или рекомендовать Потребителю (представителю потребителя) изменить методику или тактику коррекции зрения Потребителя в случае медицинской необходимости;
- безотлагательно и безвозмездно, в случае возникновения неотложных состояний, определять объем диагностических исследований, манипуляций, иных медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором;
- в рамках предоставления медицинских услуг назначать Потребителю решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
- отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем (представителя потребителя) правил внутреннего распорядка, техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя, нарушении режима работы Исполнителя;
- использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.2. **Исполнитель обязан**:

- оказать услугу Потребителю согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинский помощи и предъявляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставить Потребителю (представителю потребителя) бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работниках, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональном образовании и квалификации); о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в адрес Исполнителя, контролирующие и надзорные органы, а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);
- соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета

и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства;

- вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, медицинских изделий, а также денежных средств, поступивших от Потребителя (представителя потребителя);

- предоставить 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;

- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;

- в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Потребителя (представителя потребителя), путем предоставления Уведомления о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором (Приложение № 5 к настоящему договору);

- извещать Потребителя (представителя потребителя) о невозможности оказания медицинских услуг 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 Потребителю на основании дополнительного соглашения к настоящему договору или на основании отдельно заключаемого договора;

- осуществлять плановое динамическое наблюдение Потребителя (пациента) в течение курса ортокератологической терапии 1 (одного) года, которое включает 6 (шесть) плановых осмотров согласно графику;

- предоставить Потребителю (представителю потребителя) инструкцию по использованию ОК-линз, сведения об основных свойствах ОК-линз и оказываемых медицинских услугах, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях и осложнениях, которые могут возникнуть при использовании контактных линз;

- сохранять врачебную тайну;

- выдавать Потребителю (представителю потребителя), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя (пациента) 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. Права и обязанности Потребителя (представителя потребителя).

4.1. **Потребитель (представитель потребителя) имеет право:**

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Исполнителе, о наличии лицензии и информации о предоставляемых медицинских услугах, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;

- получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями положений об организации оказания медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи;

- в доступной для него форме получить информацию о состоянии здоровья Потребителя, 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;

- в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя 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;

- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия договора, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Потребителю (представителю потребителя) возвращаются оплаченные денежные средства в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации, за вычетом стоимости фактических оказанных услуг;

- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.2. **Потребитель (представитель потребителя) обязан:**

- прибыть для получения услуги в назначенное Исполнителем время;

- информировать медицинского работника Исполнителя до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях (в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства), противопоказаниях, жалобах на состояние здоровья, а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход оказания медицинских услуг, врачебных рекомендациях и направлениях на лечение, предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских организациях, у других медицинских специалистов вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии);

- обязуется не изымать из оформленных в медицинском учреждении Исполнителя: медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результаты обследований и другую медицинскую документацию;

- ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору;

- соблюдать инструкцию производителя ОКЛ, инструкцию по уходу и эксплуатации ОК-линз и график визитов, согласованный со специалистом:

1 визит - на следующий день после первого сна в ОК-линзах;
2 визит - через 14 ночей сна;
3 визит - через 3 месяца использования ОК-линз;
4 визит – через 6 месяцев;
5 визит – через 9 месяцев;
6 визит – через 12 месяцев;

- точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры к Исполнителю, консультации и лечение к Исполнителю, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения. В случае возникновения осложнений в кратчайшие сроки обратиться к врачу-офтальмологу медицинского учреждения Исполнителя;

- своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг, медицинских изделий, товара в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором;

- при поступлении на лечение иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и медицинский полис (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты);

- осуществлять прием всех препаратов и проходить процедуры, рекомендованные лечащим врачом Исполнителя, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Исполнителя, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств;

- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Исполнителя в течение всего периода пребывания в медицинском учреждении Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории в медицинского учреждения Исполнителя, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией - в автомобиле Исполнителя;

- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Исполнителя.

5. Ответственность Сторон.

5.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (представителем потребителя) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы (форс - мажорных обстоятельств, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору), а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Потребителем (представителем потребителя) неполной информации о здоровье Потребителя в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения, правил внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя (представителя потребителя), в том числе при нарушении Потребителем (представителем потребителя) медицинских предписаний.

5.4. Исполнитель не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, других факторов риска, а также в случаях оказания услуг в неполном либо меньшем объеме и/или недостижения запланированного результата и/или неэффективности медицинских услуг, возникших в результате: несоблюдения Потребителем (представителем потребителя) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредставления Потребителем (представителем потребителя) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат медицинских услуг; неисполнения Потребителем (представителем потребителя) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Исполнителя, а также правил использования ОКЛ.

6. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров.

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

6.2. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением, подписанным Сторонами.

6.3. Споры и разногласия решаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе путем переговоров, при необходимости с проведением независимой экспертизы.

6.4. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, в случае недостижения согласия Сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

7. Особые условия.

7.1. Потребитель (представитель потребителя), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Исполнителя, с Перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;
- уведомлен, что на территории медицинского учреждения Исполнителя осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной безопасности и безопасности деятельности Исполнителя, антитеррористической защищенности безопасности работников Исполнителя, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Исполнителя, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Исполнителя; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля

качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;
- предоставлена в доступной форме информация о возможности получения в иных медицинских подразделениях медицинского учреждения Исполнителя, соответствующих вида 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, за счет средств бюджета и иных источников;
- уведомлен, что медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, и оказываемые в отделении оптической коррекции зрения не предусмотрены программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая настоящий договор Потребитель (представитель Потребителя) на основании собственного волеизъявления дает свое добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящим договора;
- уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья Потребителя;
- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: информация о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, 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); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659, а также относящиеся к предмету договора (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);
- проинформирован(а), что сроки ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления мединских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего мединскую услугу, диагноза, возраста пациента, времени для подготовки к медицинской услуге и медицинскому вмешательству, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, тяжести состояния здоровья и иных факторов, которые могут повлиять на длительность ожидания, а также от организационной возможности проведения медицинского вмешательства;
- предупрежден(а) и осознает, что медицинская услуга является специфическим видом деятельности, по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, подверженные влиянию неподконтрольных факторов и явлений, не поддающихся в 100% случаев воле человека, эффективность оказанной медицинской помощи зависит не только от выбранной тактики лечения и действий медицинского персонала, но и от индивидуальных особенностей организма Потребителя, условий его жизнедеятельности, иных непрогнозируемых обстоятельств, в связи с чем Исполнитель даже при надлежащем выполнении своих обязательств по договору, правильном использовании установленных норм и правил, современных технологий и достижений медицинской науки, по объективным причинам не может гарантировать Потребителю (представителю потребителя) полного выздоровления Потребителя и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;
- выражает согласие на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Исполнителя https://mntkcheb.ru или в мобильном приложении.

7.2. Потребителю, по желанию потребителя (представителя потребителя), могут быть оказаны дополнительные услуги немедицинского характера, оказываемые Исполнителем, стоимость которых устанавливается на основании утвержденного Прейскуранта Исполнителя и действующего на день оказания услуги. Потребитель (представитель потребителя) оплачивает эти услуги на условиях договора.

7.3. Потребитель (представитель потребителя) согласен, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Исполнитель вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, проставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.4. В случае отказа Потребителя (представителя потребителя) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель (представитель Потребителя) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.5. Потребитель (представитель потребителя) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, свободно, своей волей и в своем интересе оформляет отдельное письменное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведения медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. При этом Потребитель (представитель потребителя) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, указанный отзыв оформляется в виде письменного заявления, подписанного собственноручно, оригинал подписанного заявления направляется по фактическому адресу Исполнителя Почтой России почтовым отправлением либо путем вручения нарочно: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.

8. Прочие условия.

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

8.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

8.3. Настоящий договор составлен в 2 (двух) имеющих равную силу экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

9. Сведения об Исполнителе.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Фирменное наименование: МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.
Адрес места нахождения: 127486, г. Москва, Бескудниковский б-р, 59А.
Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 10277397146006
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 7713059497
Филиал: Чебоксарский филиал федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Адрес филиала: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.
E-mail: info@mntkcheb.ru, официальный сайт в сети «Интернет» https://mntkcheb.ru

10. Реквизиты и подписи Сторон.

Исполнитель:
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

Потребитель (представитель Потребителя):
Сведения о Потребителе:
Ф.И.О.:
Дата рождения:

Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Юридический адрес: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а
Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:
Л/с 30156Э31560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России//УФК по Нижегородской области, г Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

М.П.

Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Потребитель:

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Сведения о законном представителе Потребителя *(Этот раздел заполняется только при заключении договора на оказание медицинских услуг лицам, не достигших 14 лет, или недееспособным гражданам)*:
Ф.И.О.:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Документ, подтверждающий полномочия законного представителя *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Представитель Потребителя:

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Приложение № 1
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность исполнителя, в соответствии лицензией

В соответствии с Лицензией от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, Исполнителем осуществляется следующая медицинская деятельность по адресу места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, проспект Тракторостроителей, д. 10, выполняемые работы, оказываемые услуги:

**указывается в соответствии с действующей лицензией - выполняемые работы, оказываемые услуги*

Приложение № 2
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

ИНСТРУКЦИЯ
по уходу и эксплуатации ортокератологических (ночных) линз

ОБЩЕЕ

Пожалуйста, внимательно прочтите эту инструкцию. Ее создание продиктовано заботой о Вашем здоровье и практической необходимостью.

Ортокератологические линзы (ОК-линзы) предназначены для ночного ношения и исправления близорукости.

После подбора ОК-линз потребуются повторные осмотры. Будьте готовы к ним. Будьте внимательны к своим ощущениям!

После первого ночного сна в ОК-линзах, Вы должны приехать на осмотр, обязательно утром не снимая линз и не умываясь. С собой взять , контейнер, раствор для хранения и увлажняющие капли для снятия линз.

При всех следующих визитах к врачу необходимо ОК-линзы приносить с собой в контейнере для контрольного осмотра и профессиональной очистки, продлевающей срок службы линз.

Соблюдайте гигиенические правила неукоснительно. Прежде чем дотрагиваться до линз, тщательно вымойте руки с мылом, хорошо сполосните и вытрите их бумажным безворсовым полотенцем.

УСТАНОВКА ЛИНЗ

Все манипуляции с ОК-линзами следует проводить, плотно сидя за столом перед зеркалом (чтобы в случае падения линза упала на стол, а не на пол). Начинайте всегда с правой линзы (чтобы не перепутать линзы). Это должно быть правилом.

Возьмите ОК-линзу из контейнера с раствором и положите на подушечку указательного пальца правой руки, осмотрите ее, капните на линзу 1-2 капли увлажняющих капель, либо стерильный физиологический раствор.

Оттяните верхнее веко указательным пальцем левой руки, а нижнее веко средним пальцем правой руки (хорошо удерживайте веки). Смотрите прямо перед собой и поднесите линзу к глазу. Положите линзу точно по центру роговицы в проекции зрачка. Нет необходимости сильно прижимать линзу к глазу, т.к. влажная линза сама притянется к глазу при соприкосновении. Медленно опустите веки и смотрите вниз несколько секунд. Маленькие хитрости: следите за тем, чтобы при постановке линз оба глаза были открыты, не перекрывайте рукой второй глаз, смотрите прямо в зеркало как бы через палец с линзой.

Повторите то же с левой линзой.

Вылейте раствор из контейнера, ополосните его физ. раствором , оставьте открытым на ночь для просушивания.

Находитесь в надетых ОК-линзах 5-10 минут, оценивая свои ощущения. Дискомфорт не должен быть сильным. В случае адекватных ощущений можно ложиться спать, в случае дискомфорта линзы необходимо переодеть.

СНЯТИЕ ЛИНЗЫ

После сна обязательно закапайте увлажняющие капли в каждый глаз и убедитесь в подвижности линз. Для этого надо приложить указательный палец к краю нижнего века и веком подвигать линзу. Она должна свободно перемещаться по глазу. Если этого не происходит, закапайте еще раз увлажняющие капли и добейтесь подвижности линзы. И только после этого приступайте к снятию Ваших линз. Лучше научиться снимать линзы методом «выщелкивания». Для этого максимально опустите подбородок, откройте глаза как можно шире (чтобы линза оказалась между веками) и потяните за наружный угол глаза пальцем соответствующей глазу руки. При этом веки сомкнутся, сжав линзу, и она легко «выщелкнется» из глаза! Чтобы не повредить линзу всегда выполняйте процедуру, плотно прижавшись к столу, покрытому тканью без ворсинок или салфеткой, либо держите левую ладонь перед глазом.

Есть и другой способ снять ОК-линзы. Для этого также с помощью увлажняющих капель добейтесь хорошей подвижности линз. Затем указательным пальцем левой руки прижмите верхнее веко к верхнему краю линзы и зафиксируйте ее. Указательный палец правой руки прижмите к краю нижнего века и веком попытайтесь поддеть линзу. Как только воздух пройдет под ОК-линзу, она легко выпадет из глаза. Делайте все это также над мягкой поверхностью, чтобы не повредить линзу. Чтобы не перепутать линзы, начинайте всегда снимать с правого глаза и сразу же складывайте снятую линзу в нужную ячейку контейнера. Также можно пользоваться присоской для снятия линз - дозакапываем увлажняющие капли, удерживая веки, устанавливаем присоску на линзу, снимаем ее с глаза.

ЦЕНТРИРОВАНИЕ ЛИНЗЫ

При постановке Ночных линз на глаза, рефлекторно выделяются слезы. Поэтому в первые минуты линзы «плавают» и могут неточно соответствовать центру глаза. Это нормально. Когда Вы закроете глаза, слеза перестанет выделяться и ОК-линза сама «найдет» правильное положение.

Если же ОК-линза значительно сместилась с роговицы, ее надо центрировать. Для этого посмотрите в зеркало, открыв глаза как можно шире, чтобы видеть линзу. Когда Вы нашли линзу, закройте глаз и посмотрите в направлении, противоположном найденной линзе. Например: линза внизу – посмотрите наверх. Через закрытое веко указательным и средним пальцами аккуратно прижмите ОК-линзу к глазу и перемещайте ее к центру. А глаз в это время медленно поворачивайте навстречу. Если попытки закончились неудачно, можно снять линзу обычным способом, дать глазу некоторое время «отдохнуть» и снова установить линзу.

УХОД ЗА ОК-ЛИНЗАМИ

Ночные ОК линзы надеваются на время ночного сна! Линзы должны быть чистыми и тщательно продезинфицированы! Для ухода за ОК линзами лечащим врачом рекомендуются раствор для жестких контактных линз и пероксидные системы.

На снятую линзу капните многофункциональный раствор и в течение 20-30 секунд аккуратно и легко потрите линзу между подушечками пальцев. Старайтесь равномерно обработать всю поверхность линзы. Особое внимание уделяйте внутренней поверхности. Затем тщательно смойте очиститель и промойте линзы стерильным 0,9% раствором хлорида натрия. Никогда не пользуйтесь водой из открытых водоемов и из-под крана!!! Тщательно промытую линзу положите в специальный контейнер, наполненный раствором одноступенчатой пероксидной системы. Используйте такой порядок обработки контактных линз ежедневно.

При всех манипуляциях с линзами будьте внимательны и осторожны, чтобы не потерять их. Также не царапайте линзы ногтями, не прикасайтесь ногтями к краям линз (это приводит к появлению насечек и отламыванию края линзы). При манипуляциях с линзами не перемещайте их по поверхности контейнера и стола. Лучше всего поднимать линзу, «приклеивая» её к влажной мягкой подушечке пальца или использовать присоску для линз.

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

1. Если при надевании линз Вы почувствовали: заметный дискомфорт, избыточное слезотечение, боль, зуд немедленно снимите ОК-линзы и тщательно их промойте. Если симптомы не исчезают, линзы надевать НЕЛЬЗЯ. Срочно обратитесь к лечащему врачу!
2. Если появились следующие жалобы: слезотечение, светобоязнь, покраснение глаз, гнойное отделяемое, необходимо как можно быстрее связаться с лечащим врачом по телефону и подойти на прием. На фоне таких симптомов линзы носить нельзя.
3. Нельзя носить ОК-линзы во время ОРВИ, гриппа, ангины и др. вирусных и бактериальных инфекциях, а также при обострении аллергии до полного выздоровления.
4. Если по утрам в уголках глаз скапливается слизистое отделяемое, нужно провести лечение, так как слизь мешает линзе центрироваться и снижает зрительный эффект.
5. В начале ношения ОК-линз необходимый эффект достигается постепенно в течение недели (сроки индивидуальны). В эти дни возможны адаптационные симптомы: нечеткое зрение, двоение, ухудшение зрения в сумерках, дискомфорт и др.

Если Вы не надели ОК-линзы на ночь, то возврат близорукости будет постепенным. На этот период вам могут потребоваться слабые очки (о деталях спрашивайте у врача).

6. Всегда имейте достаточный запас средств для ухода за линзами. Не заменяйте растворы на другие без консультации с Вашим офтальмологом. Контейнер для контактных линз меняется не реже, чем раз в месяц.
7. Старайтесь не ронять линзы на твердую поверхность и не касайтесь их ногтями, это приводит к появлению царапин, трещин и сколов края. Ортокератологические линзы изготовлены из тонкого высококислородного материала, категорически не допускается давление на линзы и сжатие их между пальцами, с манипулятора линзы снимаются только путём скольжения вбок, при неправильных манипуляциях с ОК линзами возможны их механические повреждения. В таких случаях пациент приобретает новые линзы. Повреждённые и сломанные линзы запрещается надевать на глаз, это опасно для здоровья и зрения.
8. Ежегодно заменяйте линзы на новые.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна. Я инструктирован(а) в отношении техники ухода и использования ОК-линз и полностью несу ответственность за нарушения правил этой техники, а также этой инструкции.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ _____ _____

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 3
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
Потребителя (Представителя потребителя)
о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)
Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу)

Исполнитель на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомляет Потребителя (представителя потребителя) о том, что:

– в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

– несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, иного медицинского работника, 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.

Уведомлен(а) и согласен(на) соблюдать указания (рекомендации) лечащего врача, иного медицинского работника, назначенный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, а также правила поведения пациента в медицинской организации исполнителя.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 4
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___

СОГЛАСИЕ
Потребителя (Представителя Потребителя)
на отступление от стандарта медицинской помощи

В соответствии с п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 подтверждаю и согласовываю оказание Потребителю платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 5
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
о необходимости предоставления дополнительных медицинских услуг,
не предусмотренных договором

В соответствии с п. 26 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 Исполнитель предупреждает Потребителя (представителя потребителя) о том, что при предоставлении платных медицинских услуг в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, а именно:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

В связи с указанным обстоятельством предлагаем подписать дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 4
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия
глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава
России
от «01» 09 2026г. № 168

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
в Отделении оптической коррекции зрения
(подбор мягких контактных линз)

г. Чебоксары «___» _____ 20 ___ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, в лице _____ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России _____, действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)
медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
именуемый(ая) в дальнейшем «**Потребитель**»

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан
Я, _____
документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____
(фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)
дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(число, месяц, год рождения)
именуемый(ая) в дальнейшем **представитель потребителя**,

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. В соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Потребителя (представителя потребителя), Исполнитель в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, действуя с добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя), предоставляет Потребителю платные медицинские услуги с применением изделий медицинского назначения и медикаментов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации согласно действующему законодательству Российской Федерации, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, в т.ч. в соответствии с

положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а Потребитель (представитель Потребителя) оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.2. Получателем платных медицинских услуг по договору является Потребитель. Исполнитель оказывает услуги по договору по адресу места осуществления лицензируемого вида медицинской деятельности в соответствии Перечнем выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанным в едином реестре лицензий Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Приложение № 1 к настоящему договору). Сведения о лицензии и перечень медицинских услуг размещены на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: https://mntkcheb.ru, а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя.

1.3. Перечень услуг и их стоимость по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на платные медицинские услуги, в соответствии с необходимым объемом услуг и составляет:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

1.4. Мягкие контактные линзы (далее по тексту - МКЛ) являются медицинским изделием, подбор которых осуществляется медицинским работником Исполнителя при оказании медицинских услуг Потребителю в соответствии с настоящим договором после прохождения диагностического обследования органа зрения Потребителя и подбора средств контактной коррекции, стоимость МКЛ определяется основании действующего у Исполнителя Прейскуранта.

При необходимости с учетом медицинских показаний МКЛ могут изготавливаются по индивидуальным параметрам Потребителя под заказ и оплачиваются на основании заказа. Процесс подбора линз для Потребителя может быть многоэтапным, в случае необходимости может понадобиться дополнительное обследование или примерка пробной линзы (информация о стоимости пробной контактной линзы обговаривается и согласовывается с Потребителем (представителем Потребителя) при оформлении индивидуального заказа МКЛ).

МКЛ подлежат использованию строго в соответствии с инструкцией производителя и рекомендациями лечащего врача.

Согласно ст. 470 Гражданского кодекса Российской Федерации законную гарантию на качество МКЛ предоставляет производитель, что подтверждает передачу Пациенту товара, прошедшего производственный контроль (гарантийный номер на упаковке линз). Договорная гарантия (гарантийный срок) на МКЛ не предоставляется.

Сведения о МКЛ, передаваемых Потребителю, отражаются в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, которая оформляется в отношении Потребителя (пациента) в отделении оптической коррекции зрения.

Инструкция по уходу и эксплуатации мягких контактных линз является неотъемлемой частью договора (Приложение № 2 к настоящему договору).

1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя (представителя потребителя). При согласии Потребителя (представителя потребителя) на предоставление соответствующих медицинских услуг Сторонами оформляется дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действующим на день оказания услуг, либо оформляется новый договор на оказание платных медицинских услуг.

1.6. В соответствии с п. 3 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является Пациентом, на

которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Условия, порядок, сроки оказания услуг и порядок расчетов.

2.1. Медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, предусмотренные договором с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, административного режима работы подразделений Исполнителя и требований действующего законодательства Российской Федерации. Дата и время оказания медицинских услуг определяются по предварительной записи, если иное не согласовано Сторонами.

2.2. При подписании настоящего договора Потребитель (представитель потребителя) на основании пункта 20, подпункта «в» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомлен путем подписания письменного уведомления (Приложение № 3 к настоящему договору) о том, что: в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях; несоблюдение назначений (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.

2.3. Медицинские услуги оказываются Потребителю при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя) на медицинское вмешательство и согласия на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя (представителя потребителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя (представителя потребителя) оформляется в форме письменного согласия Потребителя (представителя потребителя) (Приложение № 4 к настоящему договору).

2.4. При наличии медицинских показаний и согласия Потребителя (представителя потребителя) проводится подбор, примерка и обучение Потребителя правилам использования МКЛ. Параметры, режим ношения подобранных контактных линз и ухода за ними отражается в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

2.5. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем, действующего на день оказания услуг (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя).

2.6. Оплата медицинских услуг производится, с согласия Потребителя (представителя потребителя), при заключении договора на условиях 100 % авансового платежа, на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Потребителя.

2.7. Стоимость медицинских изделий (МКЛ) определяется на основании Прейскуранта на контактные линзы, утвержденного Исполнителем, действующего на день оплаты (информация размещена информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя). В случае индивидуального заказа МКЛ, стоимость МКЛ и порядок расчетов определяется при оформлении индивидуального заказа на МКЛ. Оплата производится на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Потребителя.

2.8. Исполнитель производит отметку о стоимости услуги, медицинских изделий (МКЛ) в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Потребителю (представителю потребителя) на руки выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг, МКЛ (контрольно-кассовый чек,

квитанция или иной бланк строгой отчетности, или иной документ, предусмотренный законодательством Российской Федерации).

2.9. По медицинским показаниям и при отсутствии у Потребителя качественного зрения в подобранных и изготовленных МКЛ по индивидуальному заказу и при условии соблюдения им рекомендаций лечащего врача, Потребителю (представителю потребителя) возвращается стоимость линз без учета оказанных медицинских услуг, либо осуществляется повторный подбор индивидуальных МКЛ без дополнительной оплаты и в случае возврата Потребителем неповрежденных линз (данное условие о возврате неповрежденных линз является обязательным).

2.10. По медицинским показаниям Потребителю может быть заказана пробная диагностическая линза. Стоимость линзы оплачивается в соответствии с Прейскурантом.

2.11. В случае неадаптиции Потребителя или трудностях с манипуляцией с линзами и при возникшем желании Потребителя отказаться от ношения МКЛ, денежные средства, оплаченные за оказанную услугу подбора линз и МКЛ не возвращаются.

2.12. Контактные линзы (в т.ч. МКЛ) являются медицинским изделием индивидуального пользования и не подлежат обмену и возврату согласно п. 2 ст. 502 Гражданского кодекса Российской Федерации, абз. 4 ч. 1 ст. 25 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-I «О защите прав потребителей», п. 1 Перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих обмену, утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 657.

2.13. Срок оказания услуг: в течение одного месяца с момента поступления в полном объеме, предусмотренном договором, денежных средств от Потребителя (представителя потребителя) на лицевой счет либо в кассу Исполнителя.

2.14. В случае индивидуального заказа для Потребителя медицинских изделий, необходимых для оказания услуг, срок оказания услуг может продлеваться на период поставки медицинских изделий.

2.15. Если оказание медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания определяются согласованным с Потребителем (представителем потребителя) индивидуальным планом лечения и отражается в медицинской документации.

2.16. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя (представителя потребителя), срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

2.17. Продление срока, увеличение объема предоставляемых медицинских услуг по медицинским показаниям, предоставление дополнительных медицинских услуг, оказываемых в плановом порядке (не по экстренным показаниям), изменение стоимости медицинских услуг, оформляется дополнительным соглашением Сторон к договору.

2.18. 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.

2.19. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках госгарантий бесплатной медицинской помощи.

2.20. 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 медицинских услуг (обследования и т.д.) окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя (представителя потребителя) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченной Потребителем (представителем потребителя) по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

2.21. Информация об оказании медицинских услуг Потребителю фиксируется в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Подтверждением оказания Потребителю платных медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Исполнителем Потребителю (представителю потребителя).

3. Права и обязанности Исполнителя.

3.1. **Исполнитель имеет право**:

- требовать от Потребителя (представителя потребителя) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (лечебно-охранительный режим, своевременность приема лекарственных препаратов, график прохождения процедур, соблюдение плана лечения, назначений и рекомендаций специалистов, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.), а также соблюдения правил внутреннего распорядка, правил техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя;
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- получать от Потребителя (представителя потребителя) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- отказать Потребителю (представителю потребителя) в предоставлении медицинской услуги Потребителю в случае отказа от медицинского вмешательства и/или выявления у Потребителя противопоказаний к проведению медицинского вмешательства и/или невыполнения требований и рекомендаций и назначений медицинских специалистов, а также правил использования МКЛ;
- устанавливать объем и характер необходимых обследований Потребителя и/или рекомендовать Потребителю (представителю потребителя) изменить методику или тактику коррекции зрения Потребителя в случае медицинской необходимости;
- безотлагательно и безвозмездно, в случае возникновения неотложных состояний, определять объем диагностических исследований, манипуляций, иных медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором;
- в рамках предоставления медицинских услуг назначать Потребителю решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
- отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем (представителя потребителя) правил внутреннего распорядка, техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя, нарушении режима работы Исполнителя;
- использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.2. **Исполнитель обязан**:

- оказать услугу Потребителю согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинский помощи и предъявляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставить Потребителю (представителю потребителя) бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работниках, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональном образовании и квалификации); о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в адрес Исполнителя, контролирующие и надзорные органы, а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);
- соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета

и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства;
- вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, медицинских изделий, а также денежных средств, поступивших от Потребителя (представителя потребителя);
- предоставить 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;
- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Потребителя (представителя потребителя), путем предоставления Уведомления о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором (Приложение № 5 к настоящему договору);
- извещать Потребителя (представителя потребителя) о невозможности оказания медицинских услуг 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 Потребителю на основании дополнительного соглашения к настоящему договору или на основании отдельно заключаемого договора;
- предоставить Потребителю (представителю потребителя) инструкцию по использованию МКЛ, сведения об основных свойствах МКЛ и оказываемых медицинских услугах, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях и осложнениях, которые могут возникнуть при использовании контактных линз;
- сохранять врачебную тайну;
- выдавать Потребителю (представителю потребителя), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя (пациента) 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. Права и обязанности Потребителя (представителя потребителя).

4.1. **Потребитель (представитель потребителя) имеет право:**

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Исполнителе, о наличии лицензии и информации о предоставляемых медицинских услугах, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;
- получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями положений об организации оказания медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи;
- в доступной для него форме получить информацию о состоянии здоровья Потребителя, 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;
- в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя 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;
- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия договора, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов. При этом в случае

предварительной оплаты Потребителю (представителю потребителя) возвращаются оплаченные денежные средства в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации, за вычетом стоимости фактических оказанных услуг;

- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.2. **Потребитель (представитель потребителя) обязан:**

- прибыть для получения услуги в назначенное Исполнителем время;
- информировать медицинского работника Исполнителя до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях (в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства), противопоказаниях, жалобах на состояние здоровья, а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход оказания медицинских услуг, врачебных рекомендациях и направлениях на лечение, предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских организациях, у других медицинских специалистов вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии);
- обязуется не изымать из оформленных в медицинском учреждении Исполнителя: медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результаты обследований и другую медицинскую документацию;
- ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору;
- соблюдать инструкцию производителя МКЛ, инструкцию по уходу и эксплуатации МКЛ;
- точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры к Исполнителю, консультации и лечение к Исполнителю, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения. В случае возникновения осложнений в кратчайшие сроки обратиться к врачу-офтальмологу медицинского учреждения Исполнителя;
- своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг, медицинских изделий, товара в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором;
- при поступлении на лечение иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и медицинский полис (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты);
- осуществлять прием всех препаратов и проходить процедуры, рекомендованные лечащим врачом Исполнителя, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Исполнителя, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств;
- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Исполнителя в течение всего периода пребывания в медицинском учреждении Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории в медицинского учреждения Исполнителя, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией - в автомобиле Исполнителя;
- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Исполнителя.

5. Ответственность Сторон.

5.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (представителем потребителя) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы (форс - мажорных обстоятельств, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору), а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Потребителем (представителем потребителя) неполной информации о здоровье Потребителя в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения, правил внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя (представителя потребителя), в том числе при нарушении Потребителем (представителем потребителя) медицинских предписаний.

5.4. Исполнитель не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, других факторов риска, а также в случаях оказания услуг в неполном либо меньшем объеме и/или недостижения запланированного результата и/или неэффективности медицинских услуг, возникших в результате: несоблюдения Потребителем (представителем потребителя) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредставления Потребителем (представителем потребителя) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат медицинских услуг; неисполнения Потребителем (представителем потребителя) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Исполнителя, а также правил использования МКЛ.

6. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров.

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

6.2. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением, подписанным Сторонами.

6.3. Споры и разногласия решаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе путем переговоров, при необходимости с проведением независимой экспертизы.

6.4. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, в случае недостижения согласия Сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

7. Особые условия.

7.1. Потребитель (представитель потребителя), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Исполнителя, с Перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;
- уведомлен, что на территории медицинского учреждения Исполнителя осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной безопасности и безопасности деятельности Исполнителя, антитеррористической защищенности безопасности работников Исполнителя, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Исполнителя, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Исполнителя; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;
- предоставлена в доступной форме информация о возможности получения в иных медицинских подразделениях медицинского учреждения Исполнителя, соответствующих вида 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, за счет средств бюджета и иных источников;
- уведомлен, что медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, и оказываемые в отделении оптической коррекции зрения не предусмотрены программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая настоящий договор Потребитель (представитель Потребителя) на основании собственного волеизъявления дает свое добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящим договора;

- уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья Потребителя;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: информация о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, 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); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659, а также относящиеся к предмету договора (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);

- проинформирован(а), что сроки ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления мединских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего мединскую услугу, диагноза, возраста пациента, времени для подготовки к медицинской услуге и медицинскому вмешательству, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, тяжести состояния здоровья и иных факторов, которые могут повлиять на длительность ожидания, а также от организационной возможности проведения медицинского вмешательства;

- предупрежден(а) и осознает, что медицинская услуга является специфическим видом деятельности, по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, подверженные влиянию неподконтрольных факторов и явлений, не поддающихся в 100% случаев воле человека, эффективность оказанной медицинской помощи зависит не только от выбранной тактики лечения и действий медицинского персонала, но и от индивидуальных особенностей организма Потребителя, условий его жизнедеятельности, иных непрогнозируемых обстоятельств, в связи с чем Исполнитель даже при надлежащем выполнении своих обязательств по договору, правильном использовании установленных норм и правил, современных технологий и достижений медицинской науки, по объективным причинам не может гарантировать Потребителю (представителю потребителя) полного выздоровления Потребителя и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- выражает согласие на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Исполнителя https://mntkcheb.ru или в мобильном приложении.

7.2. Потребителю, по желанию потребителя (представителя потребителя), могут быть оказаны дополнительные услуги немедицинского характера, оказываемые Исполнителем, стоимость которых устанавливается на основании утвержденного Прейскуранта Исполнителя и действующего на день оказания услуги. Потребитель (представитель потребителя) оплачивает эти услуги на условиях договора.

7.3. Потребитель (представитель потребителя) согласен, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Исполнитель вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, проставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение

Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.4. В случае отказа Потребителя (представителя потребителя) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель (представитель Потребителя) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.5. Потребитель (представитель потребителя) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, свободно, своей волей и в своем интересе оформляет отдельное письменное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведения медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. При этом Потребитель (представитель потребителя) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, указанный отзыв оформляется в виде письменного заявления, подписанного собственноручно, оригинал подписанного заявления направляется по фактическому адресу Исполнителя Почтой России почтовым отправлением либо путем вручения нарочно: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.

8. Прочие условия.

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

8.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

8.3. Настоящий договор составлен в 2 (двух) имеющих равную силу экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

9. Сведения об Исполнителе.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Фирменное наименование: МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.
Адрес места нахождения: 127486, г. Москва, Бескудниковский б-р, 59А.
Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 10277397146006
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 7713059497
Филиал: Чебоксарский филиал федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Адрес филиала: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.
E-mail: info@mntkcheb.ru, официальный сайт в сети «Интернет» https://mntkcheb.ru

10. Реквизиты и подписи Сторон.

Исполнитель:
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Юридический адрес: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а
Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:

Потребитель (представитель Потребителя):
Сведения о Потребителе:
Ф.И.О.:
Дата рождения:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Потребитель:
_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Л/с 30156Э31560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России//УФК по Нижегородской области, г Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

М.П.

Сведения о законном представителе Потребителя
(Этот раздел заполняется только при заключении договора на оказание медицинских услуг лицам, не достигших 14 лет, или недееспособным гражданам):
Ф.И.О.:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Документ, подтверждающий полномочия законного представителя *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Представитель Потребителя:
_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Приложение № 1
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность исполнителя, в соответствии лицензией

В соответствии с Лицензией от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, Исполнителем осуществляется следующая медицинская деятельность по адресу места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, проспект Тракторостроителей, д. 10, выполняемые работы, оказываемые услуги:

**указывается в соответствии с действующей лицензией - выполняемые работы, оказываемые услуги*

Приложение № 2
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

ИНСТРУКЦИЯ
по уходу и эксплуатации мягких контактных линз

ОБЩЕЕ

Пожалуйста, внимательно прочтите эту инструкцию. Ее создание продиктовано заботой о Вашем здоровье!

Мягкие контактные линзы (МКЛ) предназначены для дневного ношения. Контактные линзы стерильны в оригинальной упаковке.

Ношение МКЛ запрещено при следующих состояниях:

- при покраснении глаз, светобоязни, слезотечении, рези, боли, дискомфорте в глазах;
- при покраснении, отеке или воспалении век;
- при простудных заболеваниях, насморке, заложенности носа, боли в горле, повышении температуры;
- в местах, где невозможно соблюсти все правила ухода за линзами;

- при наличии повреждений на линзе (сколов, трещин, глубоких царапин и т.д.), выраженных отложений на поверхности линзы;
- не допускается посещение в МКЛ бассейна, бани, открытых водоемов, противопоказан контакт линзы с любой жидкостью за исключением физиологического 0,9 % раствора NaCl, раствора по уходу за контактными линзами, либо глазных капель, предназначенных для пользователей контактными

Срок пользования линзами зависит от вида линз - традиционной, плановой, частой плановой, ежедневной замены.

Длительность пребывания контактных линз на глазах зависит от многих факторов: загрязненности и запыленности окружающего воздуха, условий труда, наличия глазных заболеваний и состояния здоровья человека, а также правильного ухода за линзами. Для каждого человека длительность непрерывного ношения контактных линз индивидуальна. Во всех случаях режим ношения и замену контактных линз определяет врач, осуществляющий наблюдение за Вами.

НАДЕВАНИЕ ЛИНЗЫ

Обработка рук

- Вымойте руки с мылом, а затем насухо вытрите их полотенцем, не оставляющим волокон;
- длина ногтей должна исключить возможность повреждения ими линз;
- перед установкой линз ни в коем случае не мажьте лицо или руки жирными косметическими средствами. Макияж так же лучше нанести после процедуры надевания.

Установка линз

- Вытащив линзу, подержите ее на кончике пальца в течение нескольких секунд, давая ей немного высохнуть;
- убедитесь в том, что она не вывернута наружу и не повреждена;
- положите линзу на кончик указательного пальца и аккуратно поднесите к глазу;
- средним пальцем этой же руки оттяните вниз нижнее веко;
- свободной рукой приподнимите верхнее веко и осторожно положите линзу на глаз;
- медленно отпустите веко и немного поморгайте, чтобы привыкнуть.

Внимание: устанавливайте линзу всегда на один и тот же глаз! То есть ту, которую вы носили на левом, нельзя помещать на правый!

ЦЕНТРИРОВАНИЕ ЛИНЗЫ

В случае, если линза по какой-то причине сместилась в сторону, совершите следующий ряд действий:

1 вариант (с закрытыми веками):

- закройте глаза;
- начинайте осторожно массировать веки, перемещая линзу в центр глаза.

2 вариант (с открытыми веками):

- надавите на край верхнего или нижнего века;
- не закрывая глаз, аккуратно переместите линзу на нужное место.

СНЯТИЕ ЛИНЗЫ

- Вымойте руки с мылом;
- прикройте тот глаз, который будете освобождать от линзы вторым;
- посмотрите наверх;
- указательным пальцем аккуратно спустите линзу вниз;
- большим и указательным пальцами осторожно сожмите линзу и снимите ее.

Внимание: всегда удаляйте линзы перед тем, как лечь спать! Если линза прилипла к глазу и неподвижна, закапайте увлажняющее средство и дождитесь ее свободного перемещения.

УХОД ЗА ЛИНЗАМИ

- Уход за линзами включает механическую очистку и дезинфекцию линз. Для этого используются универсальные многофункциональные растворы, предназначенные для ухода за мягкими линзами, рекомендованные Вашим лечащим врачом.
- Механическая очистка необходима для удаления отложений с поверхности линзы, а дезинфекция – для удаления болезнетворных возбудителей. Линзы должны очищаться механически ежедневно после снятия. Для этого положите линзу на ладонную поверхность кисти наружной (выпуклой) стороной вниз и налейте в нее небольшой количество раствора. Подушечкой указательного пальца другой руки очистите линзу круговыми движениями, прилагая небольшое усилие. Затем ополосните линзу физиологическим раствором NaCl.

• Для дезинфекции линз, поместите их в контейнер и оставьте их на тот срок, который указан производителем раствора в инструкции. Линзы должны быть полностью погружены в раствор! Никогда не используйте один и тот же раствор в контейнере повторно!

Необходимо всегда внимательно изучить инструкцию к раствору и следовать ей. Несоблюдение инструкции может привести к осложнениям со стороны глаз и потере зрения!

Всегда консультируйтесь с лечащим врачом при замене раствора на раствор другого производителя. Следует применять растворы, рекомендованные для жестких линз.

Линзы нельзя нагревать и кипятить! Это может привести к повреждению и деформации линз!

Внимание: никогда не промывайте линзы обычной водой! После надевания линз ополосните контейнер свежим раствором и дайте ему высохнуть. Для этого переверните контейнер и положите его на сухую чистую ткань. Заменяйте контейнер каждый месяц.

РЕЖИМ АДАПТАЦИИ К ЛИНЗАМ

Первый день линзы носят по 4 часа, далее каждые день добавляют 1 час к предыдущему времени, доведя целого дня. Максимальное время ежедневного ношения, срок замены линз, график повторных визитов согласовывается с Вашим лечащим врачом.

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

• Всегда надевайте линзы перед нанесением макияжа и снимайте перед снятием макияжа.

• Не допускайте попадания косметики, аэрозолей, водопроводной воды или слюны на линзы. Недопустим контакт линз с водой (водопроводной, морской, пресных водоемов, бутилированной водой и т.д.)!!!

• Всегда обращайтесь с линзами аккуратно, предварительно помыв руки, избегая длинных ногтей. Поврежденную линзу надевать нельзя!

• Если глаза покраснели, раздражены или болят, немедленно снимите линзы и обратитесь к специалисту.

• Обязательно снимайте линзы перед сном, если линзы не предназначены для ношения во время сна и/или специалистом не предложен другой режим ношения, и не носите их дольше рекомендованного вашим специалистом срока. Режим ношения контактных линз определяется специалистом.

• После истечения срока годности линзу необходимо заменить на новую. При наличии повреждений или отложений на линзе срок годности линзы может сокращаться.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна. Я инструктирован(а) в отношении техники ухода и использования МК-линз и полностью несу ответственность за нарушения правил этой техники, а также этой инструкции.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 3
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
Потребителя (Представителя потребителя)
о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)
Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу)

Исполнитель на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомляет Потребителя (представителя потребителя) о том, что:

– в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их

временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

– несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, иного медицинского работника, 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.

Уведомлен(а) и согласен(на) соблюдать указания (рекомендации) лечащего врача, иного медицинского работника, назначенный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, а также правила поведения пациента в медицинской организации исполнителя.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 4
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___

СОГЛАСИЕ
Потребителя (Представителя Потребителя)
на отступление от стандарта медицинской помощи

В соответствии с п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 подтверждаю и согласовываю оказание Потребителю платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 5
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг,
не предусмотренных договором

В соответствии с п. 26 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 Исполнитель предупреждает Потребителя (представителя потребителя) о том, что при предоставлении платных медицинских услуг в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, а именно:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.

Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

В связи с указанным обстоятельством предлагаем подписать дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 5
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия
глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава
России
от «01» 09 2026г. № 168

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
в Отделении оптической коррекции зрения
(очковая коррекция зрения)

г. Чебоксары « ___ » _____ 20 ____ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, в лице _____ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России _____, действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____ именуемый(ая) в дальнейшем «**Потребитель**»

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан
Я, _____

документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)

дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(число, месяц, год рождения)

именуемый(ая) в дальнейшем **представитель потребителя**,

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. В соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Потребителя (представителя потребителя), Исполнитель в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, действуя с добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя), предоставляет Потребителю платные медицинские услуги с применением изделий медицинского назначения и медикаментов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации согласно действующему законодательству Российской Федерации, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, в т.ч. в соответствии с

положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а Потребитель (представитель Потребителя) оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.2. Получателем платных медицинских услуг по договору является Потребитель. Исполнитель оказывает услуги по договору по адресу места осуществления лицензируемого вида медицинской деятельности в соответствии Перечнем выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанным в едином реестре лицензий Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Приложение № 1 к настоящему договору). Сведения о лицензии и перечень медицинских услуг размещены на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: https://mntkcheb.ru, а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя.

1.3. Перечень услуг и их стоимость по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на платные медицинские услуги, в соответствии с необходимым объемом услуг и составляет:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

1.4. Очки корригирующие (далее по тексту - очки) являются медицинским изделием, предназначены для коррекции зрения, подбор которых осуществляется медицинским работником Исполнителя при оказании медицинских услуг Потребителю в соответствии с настоящим договором после прохождения диагностического обследования органа зрения Потребителя и подбора очковой коррекции зрения.

Очки изготавливаются по индивидуальным параметрам Потребителя под заказ, в котором отражаются данные и параметры, необходимые для изготовления очков, стоимость и сроки изготовления очков. Процесс подбора линз для очков Потребителя может быть многоэтапным, в случае необходимости может понадобиться дополнительное обследование и/или пробный подбор очков.

Очки подлежат использованию строго в соответствии с инструкцией производителя и рекомендациями лечащего врача.

Инструкция по эксплуатации, уходу за очками и линзами является неотъемлемой частью договора (Приложение № 2 к настоящему договору).

Согласно ст. 470 Гражданского кодекса Российской Федерации законную гарантию на качество линз и оправы для очков предоставляет производитель (изготовитель), что подтверждает передачу Потребителю товара, прошедшего производственный контроль.

Очки корригирующие изготавливаются в соответствии с Национальным стандартом РФ ГОСТ Р 51193-2009 «Оптика офтальмологическая. Очки корригирующие. Общие технические условия» (утв. Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 15.12.2009 № 831-ст), с изменениями и дополнениями.

Изготовитель гарантирует надежность соединения линз с оправой в течение 6 (шести) месяцев со дня получения очков при соблюдении Потребителем правил эксплуатации. Механические повреждения оправ или разбитые очковые линзы не являются основанием для претензий изготовителю очков (пункты 10.1., 10.2. Национального стандарта РФ ГОСТ Р 51193-2009).

1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя (представителя потребителя). При согласии Потребителя (представителя потребителя) на предоставление соответствующих медицинских услуг Сторонами оформляется дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действующим на день оказания услуг, либо оформляется новый договор на оказание платных медицинских услуг.

1.6. В соответствии с п. 3 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является Пациентом, на

которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Условия, порядок, сроки оказания услуг и порядок расчетов.

2.1. Медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, предусмотренные договором с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, административного режима работы подразделений Исполнителя и требований действующего законодательства Российской Федерации. Дата и время оказания медицинских услуг определяются по предварительной записи, если иное не согласовано Сторонами.

2.2. При подписании настоящего договора Потребитель (представитель потребителя) на основании пункта 20, подпункта «п» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомлен путем подписания письменного уведомления (Приложение № 3 к настоящему договору) о том, что: в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях; несоблюдение назначений (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.

2.3. Медицинские услуги оказываются Потребителю при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя) на медицинское вмешательство и согласия на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя (представителя потребителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя (представителя потребителя) оформляется в форме письменного согласия Потребителя (представителя потребителя) (Приложение № 4 к настоящему договору).

2.4. При наличии медицинских показаний и согласия Потребителя (представителя потребителя) проводится пробный подбор очков, примерка и обучение Потребителя правилам использования очков. Параметры, режим ношения подобранных очков и ухода за ними отражается в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

2.5. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем, действующего на день оказания услуг (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя).

2.6. Оплата медицинских услуг производится, с согласия Потребителя (представителя потребителя), при заключении договора на условиях 100 % авансового платежа, на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Потребителя.

2.7. Стоимость оправы для очков, очковых линз определяется на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем, действующего на день оплаты (информация размещена информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя). Стоимость и порядок расчетов за изготовление очков определяется при оформлении индивидуального заказа на изготовление очков. Оплата производится на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Потребителя.

2.8. Исполнитель производит отметку о стоимости услуги, медицинских изделий (очков) в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Потребителю (представителю потребителя) на руки выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг, очков (контрольно-кассовый чек,

квитанция или иной бланк строгой отчетности, или иной документ, предусмотренный законодательством Российской Федерации).

2.9. В случае отказа Потребителя (представителя потребителя) от заказа очков с индивидуально заказанными линзами (линзами, которые Исполнитель заказывает непосредственно у изготовителя или иного поставщика очковых линз) до их изготовления, Потребителю (представителю потребителя) возвращается сумма, оплаченная Потребителем (представителем потребителя) Исполнителю за вычетом фактически понесенных расходов Исполнителя, связанных с исполнением обязательств по заказу у изготовителя (поставщика) очковых линз, в виде стоимости индивидуально заказанных линз.

2.10. Необоснованный отказ Потребителя (представителя потребителя) от приёмки уже изготовленных очков, включая очки с индивидуально заказанными линзами, по причинам, не связанным с виной Исполнителя, возможен лишь при полном возмещении Исполнителю стоимости заказанных линз и стоимости работы по изготовлению очков.

2.11. Линзы очковые являются медицинским изделием индивидуального пользования и не подлежат обмену и возврату согласно п. 2 ст. 502 Гражданского кодекса Российской Федерации, абз. 4 ч. 1 ст. 25 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-I «О защите прав потребителей», п. 1 Перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих обмену, утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 657.

2.12. По медицинским показаниям Потребителю может быть назначено лечащим врачом плановое динамическое наблюдение с контрольными визитами в установленные сроки.

2.13. В случае неадаптиции Потребителя к очкам и при возникшем желании Потребителя отказаться от ношения очков, денежные средства, оплаченные за оказанную услугу подбора очковой коррекции зрения не возвращаются.

2.14. Срок оказания услуг: в течение одного месяца с момента поступления в полном объеме, предусмотренном договором, денежных средств от Потребителя (представителя потребителя) на лицевой счет либо в кассу Исполнителя.

2.15. В случае индивидуального заказа для Потребителя медицинских изделий, необходимых для оказания услуг, срок оказания услуг может продлеваться на период поставки медицинских изделий.

2.16. Если оказание медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания определяются согласованным с Потребителем (представителем потребителя) индивидуальным планом лечения и отражается в медицинской документации.

2.17. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя (представителя потребителя), срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

2.18. Продление срока, увеличение объема предоставляемых медицинских услуг по медицинским показаниям, предоставление дополнительных медицинских услуг, оказываемых в плановом порядке (не по экстренным показаниям), изменение стоимости медицинских услуг, оформляется дополнительным соглашением Сторон к договору.

2.19. 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.

2.20. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках госгарантий бесплатной медицинской помощи.

2.21. 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 медицинских услуг (обследования и т.д.) окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя (представителя потребителя) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченной Потребителем (представителем потребителя) по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

2.22. Информация об оказании медицинских услуг Потребителю фиксируется в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Подтверждением оказания Потребителю платных медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Исполнителем Потребителю (представителю потребителя).

3. Права и обязанности Исполнителя.

3.1. **Исполнитель имеет право**:

- требовать от Потребителя (представителя потребителя) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (лечебно-охранительный режим, своевременность приема лекарственных препаратов, график прохождения процедур, соблюдение плана лечения, назначений и рекомендаций специалистов, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.), а также соблюдения правил внутреннего распорядка, правил техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя;
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- получать от Потребителя (представителя потребителя) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- отказать Потребителю (представителю потребителя) в предоставлении медицинской услуги Потребителю в случае отказа от медицинского вмешательства и/или выявления у Потребителя противопоказаний к проведению медицинского вмешательства и/или невыполнения требований и рекомендаций и назначений медицинских специалистов, а также инструкции производителя очковой оправы и/или очковых линз, инструкции по эксплуатации, уходу за очками и линзами;
- устанавливать объем и характер необходимых обследований Потребителя и/или рекомендовать Потребителю (представителю потребителя) изменить методику или тактику коррекции зрения Потребителя в случае медицинской необходимости;
- безотлагательно и безвозмездно, в случае возникновения неотложных состояний, определять объем диагностических исследований, манипуляций, иных медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором;
- в рамках предоставления медицинских услуг назначать Потребителю решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
- отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем (представителя потребителя) правил внутреннего распорядка, техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя, нарушении режима работы Исполнителя;
- использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.2. **Исполнитель обязан**:

- оказать услугу Потребителю согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинский помощи и предъявляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставить Потребителю (представителю потребителя) бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работниках, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональном образовании и квалификации); о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в адрес Исполнителя, контролирующие и надзорные органы, а также иную информацию, предусмотренную Правилами

предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);

- соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства;
- вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, медицинских изделий, а также денежных средств, поступивших от Потребителя (представителя потребителя);
- предоставить 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;
- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Потребителя (представителя потребителя), путем предоставления Уведомления о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором (Приложение № 5 к настоящему договору);
- извещать Потребителя (представителя потребителя) о невозможности оказания медицинских услуг 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 Потребителю на основании дополнительного соглашения к настоящему договору или на основании отдельно заключаемого договора;
- предоставить Потребителю (представителю потребителя) инструкцию по использованию очков, сведения об основных свойствах очков и оказываемых медицинских услугах, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях и осложнениях, которые могут возникнуть при использовании очков;
- сохранять врачебную тайну;
- выдавать Потребителю (представителю потребителя), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя (пациента) 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. Права и обязанности Потребителя (представителя потребителя).

4.1. **Потребитель (представитель потребителя) имеет право:**

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Исполнителе, о наличии лицензии и информации о предоставляемых медицинских услугах, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;
- получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями положений об организации оказания медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи;
- в доступной для него форме получить информацию о состоянии здоровья Потребителя, 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;
- в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя 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;
- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия договора, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Потребителю (представителю потребителя) возвращаются оплаченные денежные средства в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации, за вычетом стоимости фактических оказанных услуг;
- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.2. **Потребитель (представитель потребителя) обязан:**

- прибыть для получения услуги в назначенное Исполнителем время;
- информировать медицинского работника Исполнителя до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях (в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства), противопоказаниях, жалобах на состояние здоровья, а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход оказания медицинских услуг, врачебных рекомендациях и направлениях на лечение, предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских организациях, у других медицинских специалистов вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии);
- обязуется не изымать из оформленных в медицинском учреждении Исполнителя: медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результаты обследований и другую медицинскую документацию;
- ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору;
- соблюдать инструкцию производителей очковых линз, оправы для очков, инструкцию по эксплуатации, уходу за очками и линзами;
- точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры к Исполнителю, консультации и лечение к Исполнителю, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения. В случае возникновения осложнений в кратчайшие сроки обратиться к врачу-офтальмологу медицинского учреждения Исполнителя;
- своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг, медицинских изделий, товара в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором;
- при поступлении на лечение иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и медицинский полис (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты);
- осуществлять прием всех препаратов и проходить процедуры, рекомендованные лечащим врачом Исполнителя, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Исполнителя, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств;
- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Исполнителя в течение всего периода пребывания в медицинском учреждении Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории в медицинского учреждения Исполнителя, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией - в автомобиле Исполнителя;
- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Исполнителя.

5. Ответственность Сторон.

5.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (представителем потребителя) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания

платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы (форс - мажорных обстоятельств, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору), а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Потребителем (представителем потребителя) неполной информации о здоровье Потребителя в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения, правил внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя (представителя потребителя), в том числе при нарушении Потребителем (представителем потребителя) медицинских предписаний.

5.4. Исполнитель не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, других факторов риска, а также в случаях оказания услуг в неполном либо меньшем объеме и/или недостижения запланированного результата и/или неэффективности медицинских услуг, возникших в результате: несоблюдения Потребителем (представителем потребителя) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредставления Потребителем (представителем потребителя) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат медицинских услуг; неисполнения Потребителем (представителем потребителя) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Исполнителя, а также инструкции производителя очковой оправы и/или очковых линз, инструкции по эксплуатации, уходу за очками и линзами.

6. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров.

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

6.2. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением, подписанным Сторонами.

6.3. Споры и разногласия решаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе путем переговоров, при необходимости с проведением независимой экспертизы.

6.4. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, в случае недостижения согласия Сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

7. Особые условия.

7.1. Потребитель (представитель потребителя), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Исполнителя, с Перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;
- уведомлен, что на территории медицинского учреждения Исполнителя осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной безопасности и безопасности деятельности Исполнителя, антитеррористической защищенности безопасности работников Исполнителя, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Исполнителя, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Исполнителя; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;

- предоставлена в доступной форме информация о возможности получения в иных медицинских подразделениях медицинского учреждения Исполнителя, соответствующих вида 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, за счет средств бюджета и иных источников;
- уведомлен, что медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, и оказываемые в отделении оптической коррекции зрения не предусмотрены программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая настоящий договор Потребитель (представитель Потребителя) на основании собственного волеизъявления дает свое добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящим договора;
- уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья Потребителя;
- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: информация о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, 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); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659, а также относящиеся к предмету договора (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);
- проинформирован(а), что сроки ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления мединских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего мединскую услугу, диагноза, возраста пациента, времени для подготовки к медицинской услуге и медицинскому вмешательству, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, тяжести состояния здоровья и иных факторов, которые могут повлиять на длительность ожидания, а также от организационной возможности проведения медицинского вмешательства;
- предупрежден(а) и осознает, что медицинская услуга является специфическим видом деятельности, по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, подверженные влиянию неподконтрольных факторов и явлений, не поддающихся в 100% случаев воле человека, эффективность оказанной медицинской помощи зависит не только от выбранной тактики лечения и действий медицинского персонала, но и от индивидуальных особенностей организма Потребителя, условий его жизнедеятельности, иных непрогнозируемых обстоятельств, в связи с чем Исполнитель даже при надлежащем выполнении своих обязательств по договору, правильном использовании установленных норм и правил, современных технологий и достижений медицинской науки, по объективным причинам не может гарантировать Потребителю (представителю потребителя) полного выздоровления Потребителя и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;
- выражает согласие на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Исполнителя https://mntkcheb.ru или в мобильном приложении.

7.2. Потребителю, по желанию потребителя (представителя потребителя), могут быть оказаны дополнительные услуги немедицинского характера, оказываемые Исполнителем, стоимость которых

устанавливается на основании утвержденного Прейскуранта Исполнителя и действующего на день оказания услуги. Потребитель (представитель потребителя) оплачивает эти услуги на условиях договора.

7.3. Потребитель (представитель потребителя) согласен, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Исполнитель вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, проставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.4. В случае отказа Потребителя (представителя потребителя) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель (представитель Потребителя) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.5. Потребитель (представитель потребителя) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, свободно, своей волей и в своем интересе оформляет отдельное письменное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведения медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. При этом Потребитель (представитель потребителя) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, указанный отзыв оформляется в виде письменного заявления, подписанного собственноручно, оригинал подписанного заявления направляется по фактическому адресу Исполнителя Почтой России почтовым отправлением либо путем вручения нарочно: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.

8. Прочие условия.

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

8.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

8.3. Настоящий договор составлен в 2 (двух) имеющих равную силу экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

9. Сведения об Исполнителе.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Фирменное наименование: МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.
Адрес места нахождения: 127486, г. Москва, Бескудниковский б-р, 59А.
Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 10277397146006
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 7713059497
Филиал: Чебоксарский филиал федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Адрес филиала: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.
E-mail: info@mntkcheb.ru, официальный сайт в сети «Интернет» https://mntkcheb.ru

10. Реквизиты и подписи Сторон.

Исполнитель:
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Юридический адрес: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а
Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:
Л/с 30156Э31560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России//УФК по Нижегородской области, г Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

_____ /_____
Подпись Ф.И.О.

М.П.

Потребитель (представитель Потребителя):
Сведения о Потребителе:
Ф.И.О.:
Дата рождения:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Потребитель:
_____ /_____
Подпись Ф.И.О.

Сведения о законном представителе Потребителя *(Этот раздел заполняется только при заключении договора на оказание медицинских услуг лицам, не достигших 14 лет, или недееспособным гражданам)*:
Ф.И.О.:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Документ, подтверждающий полномочия законного представителя *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Представитель Потребителя:
_____ /_____
Подпись Ф.И.О.

Приложение № 1
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность исполнителя, в соответствии лицензией

В соответствии с Лицензией от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, Исполнителем осуществляется следующая медицинская деятельность по адресу места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, проспект Тракторостроителей, д. 10, выполняемые работы, оказываемые услуги:

**указывается в соответствии с действующей лицензией - выполняемые работы, оказываемые услуги*

Приложение № 2
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

ИНСТРУКЦИЯ
по эксплуатации, уходу за очками и линзами

Общее

Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с данной инструкцией. Ее создание продиктовано заботой о Вашем здоровье!

Очки корригирующие, предназначены для коррекции проблем с фокусировкой зрения, таких как близорукость, дальнозоркость, астигматизм или пресбиопия. Они позволяют человеку видеть чётче и комфортнее, снижая нагрузку на глаза.

В отличие от очков с прозрачными линзами без диоптрий, которые могут быть декоративными или выполнять защитные функции (например, фильтрация синего света), корригирующие очки обязательно имеют диоптрии, подобранные на основе результатов офтальмологического обследования. Такие линзы направлены на исправление конкретных оптических недостатков.

ВАЖНО:

- очки корригирующие не лечат заболевания глаз и его придаточного аппарата, а лишь компенсируют оптические недостатки зрения на время ношения очков;
- подбор очков является индивидуальным, его осуществляет врач-офтальмолог или медицинский оптик-оптометрист после обследования органа зрения. При этом, медицинским специалистом учитывается не только заболевание органа зрения и его придаточного аппарата, степень нарушения зрения, но и межзрачковое расстояние, особенности зрения и образ жизни пациента.
- очки необходимо носить регулярно. Если при близорукости или дальнозоркости носить их не постоянно, а от случая к случаю, это может способствовать прогрессированию нарушения;
- если Вы заметили, что зрение стало хуже, обязательно обратитесь к врачу-офтальмологу. Только специалист сможет правильно диагностировать проблему и подобрать подходящие корригирующие очки.

Правила эксплуатации, ухода за очками и линзами

- очки предназначены для ношения на лице, опираясь при этом упорами на нос, а заушниками на уши. Носить очки на голове или в качестве ободка не допускается;
- снимать и надевать очки необходимо обязательно придерживая за заушники и только двумя руками, во избежание деформации оправы;
- очки следует хранить в специальном жестком футляре для очков, соответствующему размеру при температуре от (-10) до (+35)°С. При хранении изделие необходимо оборачивать салфеткой, для очков;
- в целях правильного ухода очковые линзы следует протирать специальной салфеткой из микрофибры. Для ежедневной очистки рекомендуется пользоваться специальным очищающим спреем. При сильном загрязнении промывать раствором нейтрального мыла или неагрессивного моющего средства в воде при температуре не выше плюс 40°С или пользоваться специальными жидкостями для очистки очковых линз, затем протирать чистой мягкой салфеткой. Не использовать грязные или жесткие салфетки, которые могут повредить поверхности изделия, кожа, замша – исключены.
- не допускается применение органических растворителей (спирт, ацетон, толуол и т.п.) и едких химических веществ для протирки очков. Не допускается применение для очистки линз алкогольных, спиртосодержащих веществ и стеклоочистителей;
- рекомендуется регулярно (1 раз в 3 месяца) производить ультразвуковую чистку в оптическом салоне;
- будьте аккуратны: кислоты, щелочи, уходовая косметика в виде спреев, лаки для волос могут повредить линзы ваших очков, молекулы этих веществ оседают на линзах, и их трудно очистить. При попадании этих веществ на линзы хорошо промойте и высушите их без промедления;
- не допускается класть очки линзами на твердую поверхность, полировка линз невозможна, берегите их от появления царапин, трещин, сколов и прочих повреждений;
- не допускается подвергать очки механическим воздействиям, а также вибрационным и ударным нагрузкам, воздействию химреактивов, избегайте контактов изделия с алкоголем, бензином, растворителями или материалами, содержащими какие-либо из химикатов (клей, чистящие средства, краска), т.к. это может привести изделие в негодность;
- не допускается прикладывать к очкам значительные механические усилия;
- не допускается пользоваться очками в помещениях с температурой выше плюс 60°С, в том числе в бане, сауне и пр.;
- избегайте воздействия на очки прямых лучей солнца, нагрева очков и не подвергайте очки резким перепадам температуры: это неизбежно испортит покрытие линз и деформирует оправу. Не кладите очки на приборную панель автомобиля, вблизи открытого огня, отопительных приборов, электроплит, нагревательных систем, иных тепловых источников, при проведении сварочных работ без защитной маски, при работе с разогретыми духовками, при пользовании феном для волос и в других ситуациях, когда невозможно проконтролировать степень нагревания изделия;

- с осторожностью используйте очки на пляже, не допуская соприкосновения линз с нагретыми солнцем поверхностями;
- очки не предназначены для купания в водоёмах и соленой воде. Металлические части оправы могут окислиться: появится неприятный зелёный налёт;
- избегайте соприкосновения очковых линз с песком, иными абразивными материалами, т.к. на линзах могут образоваться повреждения, царапины и т.п.;
- не допускайте падения очков с высоты более 0,5 м на твердую поверхность;
- в случае деформации оправы, ослаблении креплений и соединений, а также при возникновении других неисправностей необходимо обратиться в салон оптики. Самостоятельный ремонт не допускается;
- необходимо регулярно проверять затяжку винтов, крепящих заушник к оправе и линзы в металлической и безободковой оправах;
- регулярно проверяйте посадку очков в оптике, т.к. даже минимальные изменения в их посадке могут повлечь искажения зрения и дискомфорт;
- не пользуйтесь очками с повреждёнными, поцарапанными линзами;
- не рекомендуется использовать очки с деревянными заушниками во время работ или занятий, вызывающих усиленное потоотделение. Со временем возможны изменения цвета и текстуры дерева. Причинами изменений цвета и текстуры дерева являются: кислотность человеческого пота, естественный процесс старения, подверженность солнечному облучению. Изменения цвета и текстуры под воздействием пота, жира или косметики не являются дефектом и поэтому не считаются гарантийным случаем. Дерево меняет цвет под воздействием естественного старения и солнечных лучей. Этот случай также не считается гарантийным;
- очки с кожаной отделкой по рамке и изделия из кожи не предназначены для постоянного ношения. Причинами изменения цвета и текстуры является кислотность человеческого пота.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна. Я инструктирован(а) в отношении техники ухода и использования очков и полностью несу ответственность за нарушения правил этой техники, а также этой инструкции.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____	_____	_____
(Ф.И.О.)	(подпись)	(число, месяц, год)

Приложение № 3
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
Потребителя (Представителя потребителя)
о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)
Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу)

Исполнитель на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомляет Потребителя (представителя потребителя) о том, что:

– в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

– несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, иного медицинского работника, 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.

Уведомлен(а) и согласен(на) соблюдать указания (рекомендации) лечащего врача, иного медицинского работника, назначенный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, а также правила поведения пациента в медицинской организации исполнителя.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 4
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___

СОГЛАСИЕ
Потребителя (Представителя Потребителя)
на отступление от стандарта медицинской помощи

В соответствии с п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 подтверждаю и согласовываю оказание Потребителю платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 5
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором

В соответствии с п. 26 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 Исполнитель предупреждает Потребителя (представителя потребителя) о том, что при предоставлении платных медицинских услуг в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, а именно:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____ (сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

В связи с указанным обстоятельством предлагаем подписать дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 6
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

ДОГОВОР № _____
(трехсторонний) на оказание платных медицинских услуг
в Отделении оптической коррекции зрения

г. Чебоксары «___» _____ 20 ____ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, в лице _____ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России _____, действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)
медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
именуемый(ая) в дальнейшем «**Потребитель**»

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан
Я, _____
документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)
дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(число, месяц, год рождения)
именуемый(ая) в дальнейшем **представитель потребителя**,

с другой стороны,
а также гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)
документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)
_____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
именуемый(ая) в дальнейшем «**Заказчик**», с третьей стороны
совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. В соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Потребителя (представителя потребителя), Исполнитель в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением

Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, действуя с добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя), предоставляет Потребителю платные медицинские услуги с применением изделий медицинского назначения и медикаментов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации согласно действующему законодательству Российской Федерации, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, в т.ч. в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а Заказчик по договору со стороны Потребителя (представителя потребителя) оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.2. Получателем платных медицинских услуг по договору является Потребитель. Исполнитель оказывает услуги по договору по адресу места осуществления лицензируемого вида медицинской деятельности в соответствии Перечнем выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанным в едином реестре лицензий Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Приложение № 1 к настоящему договору). Сведения о лицензии и перечень медицинских услуг размещены на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: https://mntkcheb.ru, а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя.

1.3. Перечень услуг и их стоимость по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на платные медицинские услуги, в соответствии с необходимым объемом услуг и составляет:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика. При согласии Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика на предоставление соответствующих медицинских услуг Сторонами оформляется дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действующим на день оказания услуг, либо оформляется новый договор на оказание платных медицинских услуг.

1.5. В соответствии с п. 3 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является Пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Условия, порядок, сроки оказания услуг и порядок расчетов.

2.1. Медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, предусмотренные договором с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, административного режима работы подразделений Исполнителя и требований действующего законодательства Российской Федерации. Дата и время оказания медицинских услуг определяются по предварительной записи, если иное не согласовано Сторонами.

2.2. При подписании настоящего договора Потребитель (представитель потребителя) и Заказчик на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомлены путем подписания письменного уведомления (Приложение № 2 к настоящему договору) о том, что: в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им.

акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях; несоблюдение назначений (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.

2.3. Медицинские услуги оказываются Потребителю при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя) на медицинское вмешательство и согласия на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя (представителя потребителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя (представителя потребителя) оформляется в форме письменного согласия Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика (Приложение № 3 к настоящему договору).

2.4. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем, и действующего на день оказания услуг (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя).

2.5. Оплата производится Заказчиком, с согласия Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика, при заключении договора на условиях 100 % авансового платежа, на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Заказчика.

2.6. Исполнитель производит отметку о стоимости услуги в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Заказчику на руки выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности, или иной документ, предусмотренный законодательством Российской Федерации).

2.7. Срок оказания услуг: в течение одного месяца с момента поступления в полном объеме, предусмотренном договором, денежных средств от Заказчика на лицевой счет либо в кассу Исполнителя.

2.8. В случае индивидуального заказа для Потребителя медицинских изделий, необходимых для оказания услуг, срок оказания услуг может продлеваться на период поставки медицинских изделий.

2.9. Если оказание медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания определяются согласованным с Потребителем (представителем потребителя) индивидуальным планом лечения и отражается в медицинской документации.

2.10. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя (представителя потребителя), срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

2.11. Продление срока, увеличение объема предоставляемых медицинских услуг по медицинским показаниям, предоставление дополнительных медицинских услуг, оказываемых в плановом порядке (не по экстренным показаниям), изменение стоимости медицинских услуг, оформляется дополнительным соглашением Сторон к договору.

2.12. 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.

2.13. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках госгарантий бесплатной медицинской помощи.

2.14. 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 медицинских услуг (обследования, лечения и т.п.) окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Заказчика удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченной Заказчиком по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

2.15. Информация об оказании медицинских услуг Потребителю фиксируется в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Подтверждением оказания Потребителю платных медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Исполнителем Потребителю (представителю потребителя).

3. Права и обязанности Исполнителя.

3.1. **Исполнитель имеет право:**

- требовать от Потребителя (представителя потребителя) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (лечебно-охранительный режим, своевременность приема лекарственных препаратов, график прохождения процедур, соблюдение плана лечения, назначений и рекомендаций специалистов, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.), а также соблюдения правил внутреннего распорядка, правил техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя;
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- получать от Потребителя (представителя потребителя) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- отказать Потребителю (представителю потребителя) в предоставлении медицинской услуги Потребителю в случае отказа от медицинского вмешательства и/или невыполнения требований и рекомендаций и назначений медицинских специалистов;
- безотлагательно и безвозмездно, в случае возникновения неотложных состояний, определять объем диагностических исследований, манипуляций, медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором;
- в рамках предоставления медицинских услуг назначать Потребителю решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
- отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем (представителя потребителя) правил внутреннего распорядка, техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя, нарушении режима работы Исполнителя;
- использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.2. **Исполнитель обязан:**

- оказать услугу Потребителю согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинский помощи и предъявляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставить Потребителю (представителю потребителя) и Заказчику бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работниках, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональном образовании и квалификации); о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания

медицинской помощи; информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в адрес Исполнителя, контролирующие и надзорные органы, а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);

- соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства;
- вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Заказчика;
- предоставить 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;
- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика, путем предоставления Уведомления о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором (Приложение № 4 к настоящему договору);
- извещать Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика 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 Потребителю на основании дополнительного соглашения к настоящему договору или на основании отдельно заключаемого договора;
- сохранять врачебную тайну;
- выдавать Потребителю (представителю потребителя), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя (пациента) 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. Права и обязанности Потребителя (представителя потребителя).

4.1. Потребитель (представитель потребителя) имеет право:

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Исполнителе, о наличии лицензии и информации о предоставляемых медицинских услугах, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;
- получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями положений об организации оказания медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи;
- в доступной для него форме получить информацию о состоянии здоровья Потребителя, 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;
- в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя 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;
- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия договора. При этом в случае предварительной оплаты Заказчику возвращаются оплаченные денежные средства в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации, за вычетом стоимости фактических оказанных услуг;
- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.2. Потребитель (представитель потребителя) обязан:

- прибыть для получения услуги в назначенное Исполнителем время;
- информировать медицинского работника Исполнителя до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях (в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средствах), противопоказаниях, жалобах на состояние здоровья, а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, врачебных рекомендациях и направлениях на лечение, предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских организациях, у других медицинских специалистов вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии);
- обязуется не изымать из оформленных в медицинском учреждении Исполнителя: медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результаты обследований и другую медицинскую документацию;
- ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору;
- точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры к Исполнителю, консультации и лечение к Исполнителю, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения;
- при поступлении на лечение иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и медицинский полис (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты);
- осуществлять прием всех препаратов и проходить процедуры, рекомендованные лечащим врачом Исполнителя, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Исполнителя, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств;
- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Исполнителя в течение всего периода пребывания в медицинском учреждении Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории в медицинского учреждения Исполнителя, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией - в автомобиле Исполнителя;
- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Исполнителя.

5. Права и обязанности Заказчика.

5.1. Заказчик вправе затребовать медицинское заключение, являющееся подтверждением оказания медицинских услуг Потребителя (представителя потребителя) при наличии письменного согласия Потребителя (представителя потребителя) о предоставлении Заказчику сведений, составляющий врачебную тайну, в т.ч. информации о состоянии здоровья Потребителя.

5.2. Заказчик обязан своевременно оплатить стоимость предоставлямых услуг Потребителю в порядке, которые определены настоящим договором.

6. Ответственность Сторон.

6.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (представителем потребителя) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания

платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы (форс - мажорных обстоятельств, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору), а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Потребителем (представителем потребителя) неполной информации о здоровье Потребителя в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения, правил внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя (представителя потребителя), в том числе при нарушении Потребителем (представителем потребителя) медицинских предписаний.

6.4. Исполнитель не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, других факторов риска, а также в случаях оказания услуг в неполном либо меньшем объеме и/или недостижения запланированного результата и/или неэффективности лечения, возникших в результате: несоблюдения Потребителем (представителем потребителя) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредставления Потребителем (представителем потребителя) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Потребителем (представителем потребителя) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Исполнителя.

7. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров.

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

7.2. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением, подписанным Сторонами.

7.3. Споры и разногласия решаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе путем переговоров, при необходимости с проведением независимой экспертизы.

7.4. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, в случае недостижения согласия Сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

8. Особые условия.

8.1. Потребитель (представитель потребителя) и Заказчик, при подписании настоящего договора, подтверждают, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Исполнителя, с Перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;
- уведомлен, что на территории медицинского учреждения Исполнителя осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной безопасности и безопасности деятельности Исполнителя, антитеррористической защищенности безопасности работников Исполнителя, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Исполнителя, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Исполнителя; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;
- предоставлена в доступной форме информация о возможности получения в иных медицинских подразделениях медицинского учреждения Исполнителя, соответствующих вида 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, за счет средств бюджета и иных источников;
- уведомлен, что медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, и оказываемые в отделении оптической коррекции зрения не предусмотрены программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая настоящий договор Потребитель (представитель Потребителя) на основании собственного волеизъявления дает свое добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящим договора;
- уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья Потребителя;
- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: информация о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, 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); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659, а также относящиеся к предмету договора (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);
- проинформирован(а), что сроки ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления мединских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего мединскую услугу, диагноза, возраста пациента, времени для подготовки к медицинской услуге и медицинскому вмешательству, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, тяжести состояния здоровья и иных факторов, которые могут повлиять на длительность ожидания, а также от организационной возможности проведения медицинского вмешательства;
- предупрежден(а) и осознает, что медицинская услуга является специфическим видом деятельности, по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, подверженные влиянию неподконтрольных факторов и явлений, не поддающихся в 100% случаев воле человека, эффективность оказанной медицинской помощи зависит не только от выбранной тактики лечения и действий медицинского персонала, но и от индивидуальных особенностей организма Потребителя, условий его жизнедеятельности, иных непрогнозируемых обстоятельств, в связи с чем Исполнитель даже при надлежащем выполнении своих обязательств по договору, правильном использовании установленных норм и правил, современных технологий и достижений медицинской науки, по объективным причинам не может гарантировать Потребителю (представителю потребителя) и Заказчику полного выздоровления Потребителя и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;
- выражает согласие на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Исполнителя https://mntkcheb.ru или в мобильном приложении.

8.2. Потребителю, по желанию Потребителя (представителя потребителя) и (или) Заказчика, могут быть оказаны дополнительные услуги немедицинского характера, оказываемые Исполнителем, стоимость которых устанавливается на основании утвержденного Прейскуранта Исполнителя и

действующего на день оказания услуги. Заказчик и (или) Потребитель (представитель потребителя) оплачивает эти услуги на условиях договора.

8.3. Потребитель (представитель потребителя) и Заказчик согласны, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Исполнитель вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, проставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

8.4. В случае отказа Потребителя (представителя потребителя) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8.5. Потребитель (представитель потребителя) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, свободно, своей волей и в своем интересе оформляет отдельное письменное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведения медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. При этом Потребитель (представитель потребителя) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, указанный отзыв оформляется в виде письменного заявления, подписанного собственноручно, оригинал подписанного заявления направляется по фактическому адресу Исполнителя Почтой России почтовым отправлением либо путем вручения нарочно: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.

9. Прочие условия.

9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

9.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

9.3. Настоящий договор составлен в 3 (трех) имеющих равную силу экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

10. Сведения об Исполнителе.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Фирменное наименование: МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.
Адрес места нахождения: 127486, г. Москва, Бескудниковский б-р, 59А.
Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 10277397146006
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 7713059497
Филиал: Чебоксарский филиал федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Адрес филиала: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.
E-mail: info@mntkcheb.ru, официальный сайт в сети «Интернет» https://mntkcheb.ru

11. Реквизиты и подписи Сторон.

Исполнитель:
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Юридический адрес: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а

Потребитель (представитель Потребителя):
Сведения о Потребителе:
Ф.И.О.:
Дата рождения:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:

Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:
Л/с 30156Э31560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России//УФК по Нижегородской области, г Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

М.П.

Электронный адрес (при наличии):
Потребитель:
_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Сведения о законном представителе Потребителя *(Этот раздел заполняется только при заключении договора на оказание медицинских услуг лицам, не достигших 14 лет, или недееспособным гражданам)*:
Ф.И.О.:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Документ, подтверждающий полномочия законного представителя *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Представитель Потребителя:
_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Заказчик по договору со стороны Потребителя (представителя потребителя)

_____
Фамилия имя отчество (при наличии)

_____
документ, удостоверяющий личность: наименование, серия номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

Зарегистрирован(а) по адресу: _____
Проживающий по адресу: _____
Телефон: _____ Адрес электронной почты (если имеется): _____

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение № 1
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность исполнителя, в соответствии лицензией

В соответствии с Лицензией от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, Исполнителем осуществляется следующая медицинская деятельность по адресу места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, проспект Тракторостроителей, д. 10, выполняемые работы, оказываемые услуги:

**указывается в соответствии с действующей лицензией выполняемые работы, оказываемые услуги:*

к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
Потребителя (Представителя потребителя) и Заказчика
о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)
Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу)

Исполнитель на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомляет Потребителя, (представителя потребителя и Заказчика о том, что:

– в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

– несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, иного медицинского работника, 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.

Уведомлен(а) и согласен(на) соблюдать указания (рекомендации) лечащего врача, иного медицинского работника, назначенный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, а также правила поведения пациента в медицинской организации исполнителя.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Заказчик:

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 3
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___

СОГЛАСИЕ
Потребителя (Представителя Потребителя) и Заказчика
на отступление от стандарта медицинской помощи

В соответствии с п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 подтверждаю и согласовываю оказание Потребителю платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Заказчик:

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 4
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг,
не предусмотренных договором

В соответствии с п. 26 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 Исполнитель предупреждает Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика о том, что при предоставлении платных медицинских услуг в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, а именно:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____ (сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

В связи с указанным обстоятельством предлагаем подписать дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Заказчик:

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 7
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

ДОГОВОР № _____
(трехсторонний) на оказание платных медицинских услуг
в Отделении оптической коррекции зрения
(подбор жестких газопроницаемых линз: роговичных, склеральных)

г. Чебоксары «____» _____ 20____ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, в лице _____ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России _____, действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)
медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
именуемый(ая) в дальнейшем **«Потребитель»**

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан
Я, _____
документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)
дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(число, месяц, год рождения)
именуемый(ая) в дальнейшем **представитель потребителя**,

с другой стороны,
а также гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)
документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)
_____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
именуемый(ая) в дальнейшем **«Заказчик»**, с третьей стороны
совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. В соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Потребителя (представителя потребителя), Исполнитель в соответствии с Правилами предоставления

медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, действуя с добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя), предоставляет Потребителю платные медицинские услуги с применением изделий медицинского назначения и медикаментов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации согласно действующему законодательству Российской Федерации, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, в т.ч. в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а Заказчик по договору со стороны Потребителя (представителя потребителя) оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.2. Получателем платных медицинских услуг по договору является Потребитель. Исполнитель оказывает услуги по договору по адресу места осуществления лицензируемого вида медицинской деятельности в соответствии Перечнем выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанным в едином реестре лицензий Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Приложение № 1 к настоящему договору). Сведения о лицензии и перечень медицинских услуг размещены на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: https://mntkcheb.ru, а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя.

1.3. Перечень услуг и их стоимость по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на платные медицинские услуги, в соответствии с необходимым объемом услуг и составляет:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

1.4. Жесткие газопроницаемые линзы: роговичные, склеральные (далее по тексту - ЖГП-линзы, ЖГПЛ) являются медицинским изделием, подбор которых осуществляется медицинским работником Исполнителя при оказании медицинских услуг Потребителю в соответствии с настоящим договором после прохождения диагностического обследования органа зрения Потребителя и подбора средств контактной коррекции.

ЖГП-линзы изготавливаются по индивидуальным параметрам Потребителя под заказ и оплачиваются на основании заказа. Процесс подбора линз для Потребителя может быть многоэтапным, в случае необходимости может понадобиться дополнительное обследование или примерка пробной линзы (информация о стоимости пробной контактной линзы обговаривается и согласовывается с Потребителем (представителем Потребителя) и Заказчиком при оформлении индивидуального заказа ЖГП-линзы).

ЖГПЛ подлежат использованию строго в соответствии с инструкцией производителя и рекомендациями лечащего врача.

Согласно ст. 470 Гражданского кодекса Российской Федерации законную гарантию на качество ЖГП-линз предоставляет производитель, что подтверждает передачу Потребителю товара, прошедшего производственный контроль (гарантийный номер на упаковке линз). Договорная гарантия (гарантийный срок) на ЖГПЛ не предоставляется.

Сведения о ЖГП-линзах, передаваемых Потребителю, отражаются в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, которая оформляется в отношении Потребителя (пациента) в отделении оптической коррекции зрения.

Инструкция по уходу и эксплуатации жестких газопроницаемых линз (роговичных, склеральных) является неотъемлемой частью договора (Приложение № 2 к настоящему договору).

1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика. При согласии Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика на предоставление соответствующих медицинских услуг

Сторонами оформляется дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действующим на день оказания услуг, либо оформляется новый договор на оказание платных медицинских услуг.

1.6. В соответствии с п. 3 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является Пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Условия, порядок, сроки оказания услуг и порядок расчетов.

2.1. Медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, предусмотренные договором с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, административного режима работы подразделений Исполнителя и требований действующего законодательства Российской Федерации. Дата и время оказания медицинских услуг определяются по предварительной записи, если иное не согласовано Сторонами.

2.2. При подписании настоящего договора Потребитель (представитель потребителя) и Заказчик на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомлены путем подписания письменного уведомления (Приложение № 3 к настоящему договору) о том, что: в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях; несоблюдение назначений (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.

2.3. Медицинские услуги оказываются Потребителю при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя) на медицинское вмешательство и согласия на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя (представителя потребителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя (представителя потребителя) оформляется в форме письменного согласия Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика (Приложение № 4 к настоящему договору).

2.4. При наличии медицинских показаний и согласия Потребителя (представителя потребителя) проводится подбор, примерка и обучение Потребителя правилам использования ЖГП-линз (роговичных, склеральных). Параметры, режим ношения подобранных контактных линз и ухода за ними отражается в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

2.5. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем, и действующего на день оказания услуг (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя).

2.6. Оплата медицинских услуг производится Заказчиком, с согласия Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика, при заключении договора на условиях 100 % авансового платежа, на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Заказчика.

2.7. Стоимость медицинских изделий (ЖГПЛ) и порядок расчетов определяется при оформлении индивидуального заказа на ЖГПЛ. Оплата производится на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Заказчика (лица оплатившего заказ).

2.8. Исполнитель производит отметку о стоимости услуги, медицинских изделий (ЖГПЛ) в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Заказчику на руки выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг, ЖГПЛ (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности, или иной документ, предусмотренный законодательством Российской Федерации).

2.9. В случае повреждения ЖГПЛ в течение первых 3 (трех) месяцев с момента подбора оплата за медицинскую услугу (подбор ЖГПЛ) не взымается, Потребитель (представитель потребителя) оплачивает только стоимость линзы на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем. ,При повреждении ЖГПЛ по истечении 3 (трех) месяцев с момента подбора, Потребитель (представитель потребителя) оплачивает услугу повторного подбора на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем и действующего на день оказания услуг.

2.10. В случае неадаптиции Потребителя или трудностях с манипуляцией с линзами и при возникшем желании Потребителя отказаться от ношения ЖГПЛ, денежные средства, оплаченные за оказанную услугу подбора линз не возвращаются.

2.11. Контактные линзы (в т.ч. ЖГПЛ) являются медицинским изделием индивидуального пользования и не подлежат обмену и возврату согласно п. 2 ст. 502 Гражданского кодекса Российской Федерации, абз. 4 ч. 1 ст. 25 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-I «О защите прав потребителей», п. 1 Перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих обмену, утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 657.

2.12. Срок оказания услуг: в течение одного месяца с момента поступления в полном объеме, предусмотренном договором, денежных средств от Заказчика на лицевой счет либо в кассу Исполнителя.

2.13. В случае индивидуального заказа для Потребителя медицинских изделий, необходимых для оказания услуг, срок оказания услуг может продлеваться на период поставки медицинских изделий.

2.14. Если оказание медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания определяются согласованным с Потребителем (представителем потребителя) индивидуальным планом лечения и отражается в медицинской документации.

2.15. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя (представителя потребителя), срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

2.16. Продление срока, увеличение объема предоставляемых медицинских услуг по медицинским показаниям, предоставление дополнительных медицинских услуг, оказываемых в плановом порядке (не по экстренным показаниям), изменение стоимости медицинских услуг, оформляется дополнительным соглашением Сторон к договору.

2.17. 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.

2.18. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках госгарантий бесплатной медицинской помощи.

2.19. 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 медицинских услуг (обследования, лечения и т.п.) окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Заказчика удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченной Заказчиком по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

2.20. Информация об оказании медицинских услуг Потребителю фиксируется в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Подтверждением оказания Потребителю платных медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Исполнителем Потребителю (представителю потребителя).

3. Права и обязанности Исполнителя.

3.1. **Исполнитель имеет право:**

- требовать от Потребителя (представителя потребителя) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (лечебно-охранительный режим, своевременность приема лекарственных препаратов, график прохождения процедур, соблюдение плана лечения, назначений и рекомендаций специалистов, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.), а также соблюдения правил внутреннего распорядка, правил техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя;
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- получать от Потребителя (представителя потребителя) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- отказать Потребителю (представителю потребителя) в предоставлении медицинской услуги Потребителю в случае отказа от медицинского вмешательства и/или невыполнения требований и рекомендаций и назначений медицинских специалистов, а также правил использования ЖГПЛ;
- устанавливать объем и характер необходимых обследований Потребителя и/или рекомендовать Потребителю (представителю потребителя) изменить методику или тактику коррекции зрения Потребителя в случае медицинской необходимости;
- безотлагательно и безвозмездно, в случае возникновения неотложных состояний, определять объем диагностических исследований, манипуляций, медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором;
- в рамках предоставления медицинских услуг назначать Потребителю решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
- отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем (представителя потребителя) правил внутреннего распорядка, техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя, нарушении режима работы Исполнителя;
- использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.2. **Исполнитель обязан:**

- оказать услугу Потребителю согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинский помощи и предъявляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставить Потребителю (представителю потребителя) и Заказчику бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работниках, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональном образовании и квалификации); о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в адрес Исполнителя, контролирующие и надзорные органы, а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);
- соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную

информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства;
- вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, медицинских изделий, а также денежных средств, поступивших от Заказчика;
- предоставить 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;
- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика, путем предоставления Уведомления о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором (Приложение № 5 к настоящему договору);
- извещать Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика 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 Потребителю на основании дополнительного соглашения к настоящему договору или на основании отдельно заключаемого договора;
- осуществлять плановое динамическое наблюдение Потребителя (пациента) в течение терапии 1 (одного) года, которое включает 4 (четыре) плановых осмотра согласно графику;
- предоставить Потребителю (представителю потребителя) инструкцию по использованию ЖГП-линз, сведения об основных свойствах ЖГП-линз и оказываемых медицинских услугах, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях и осложнениях, которые могут возникнуть при использовании контактных линз;
- сохранять врачебную тайну;
- выдавать Потребителю (представителю потребителя), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя (пациента) 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. Права и обязанности Потребителя (представителя потребителя).

4.1. **Потребитель (представитель потребителя) имеет право:**

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Исполнителе, о наличии лицензии и информации о предоставляемых медицинских услугах, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;
- получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями положений об организации оказания медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи;
- в доступной для него форме получить информацию о состоянии здоровья Потребителя, 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;
- в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя 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;

- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия договора. При этом в случае предварительной оплаты Заказчику возвращаются оплаченные денежные средства в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации, за вычетом стоимости фактических оказанных услуг;
- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.2. **Потребитель (представитель потребителя) обязан:**

- прибыть для получения услуги в назначенное Исполнителем время;
- информировать медицинского работника Исполнителя до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях (в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средствах), противопоказаниях, жалобах на состояние здоровья, а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, врачебных рекомендациях и направлениях на лечение, предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских организациях, у других медицинских специалистов вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии);
- обязуется не изымать из оформленных в медицинском учреждении Исполнителя: медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результаты обследований и другую медицинскую документацию;
- ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору;
- соблюдать инструкцию производителя ЖГП-линз, инструкцию по уходу и эксплуатации ЖГП-линз и график визитов, согласованный со специалистом:

  1 визит - через 3 месяца использования ЖГП-линз;
  2 визит - через 6 месяцев;
  3 визит - через 9 месяцев;
  4 визит – через 12 месяцев;

- точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры к Исполнителю, консультации и лечение к Исполнителю, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения. В случае возникновения осложнений в кратчайшие сроки обратиться к врачу-офтальмологу медицинского учреждения Исполнителя;
- при поступлении на лечение иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и медицинский полис (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты);
- осуществлять прием всех препаратов и проходить процедуры, рекомендованные лечащим врачом Исполнителя, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Исполнителя, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств;
- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Исполнителя в течение всего периода пребывания в медицинском учреждении Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории в медицинского учреждения Исполнителя, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией - в автомобиле Исполнителя;
- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Исполнителя.

5. Права и обязанности Заказчика.

5.1. Заказчик вправе затребовать медицинское заключение, являющееся подтверждением оказания медицинских услуг Потребителя (представителя потребителя) при наличии письменного согласия Потребителя (представителя потребителя) о предоставлении Заказчику сведений, составляющий врачебную тайну, в т.ч. информации о состоянии здоровья Потребителя.

5.2. Заказчик обязан своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг Потребителю, медицинских изделий (ЖГПЛ), в порядке, которые определены настоящим договором.

6. Ответственность Сторон.

6.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (представителем потребителя) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы (форс - мажорных обстоятельств, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору), а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Потребителем (представителем потребителя) неполной информации о здоровье Потребителя в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения, правил внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя (представителя потребителя), в том числе при нарушении Потребителем (представителем потребителя) медицинских предписаний.

6.4. Исполнитель не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, других факторов риска, а также в случаях оказания услуг в неполном либо меньшем объеме и/или недостижения запланированного результата и/или неэффективности лечения, возникших в результате: несоблюдения Потребителем (представителем потребителя) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредставления Потребителем (представителем потребителя) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Потребителем (представителем потребителя) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Исполнителя, а также правил использования ЖГПЛ.

7. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров.

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

7.2. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением, подписанным Сторонами.

7.3. Споры и разногласия решаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе путем переговоров, при необходимости с проведением независимой экспертизы.

7.4. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, в случае недостижения согласия Сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

8. Особые условия.

8.1. Потребитель (представитель потребителя) и Заказчик, при подписании настоящего договора, подтверждают, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Исполнителя, с Перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;
- уведомлен, что на территории медицинского учреждения Исполнителя осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной безопасности и безопасности деятельности Исполнителя, антитеррористической защищенности безопасности работников Исполнителя, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Исполнителя, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Исполнителя; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля

качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;

- предоставлена в доступной форме информация о возможности получения в иных медицинских подразделениях медицинского учреждения Исполнителя, соответствующих вида 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, за счет средств бюджета и иных источников;

- уведомлен, что медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, и оказываемые в отделении оптической коррекции зрения не предусмотрены программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая настоящий договор Потребитель (представитель Потребителя) на основании собственного волеизъявления дает свое добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящим договора;

- уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья Потребителя;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: информация о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, 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); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659, а также относящиеся к предмету договора (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);

- проинформирован(а), что сроки ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления мединских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего мединскую услугу, диагноза, возраста пациента, времени для подготовки к медицинской услуге и медицинскому вмешательству, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, тяжести состояния здоровья и иных факторов, которые могут повлиять на длительность ожидания, а также от организационной возможности проведения медицинского вмешательства;

- предупрежден(а) и осознает, что медицинская услуга является специфическим видом деятельности, по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, подверженные влиянию неподконтрольных факторов и явлений, не поддающихся в 100% случаев воле человека, эффективность оказанной медицинской помощи зависит не только от выбранной тактики лечения и действий медицинского персонала, но и от индивидуальных особенностей организма Потребителя, условий его жизнедеятельности, иных непрогнозируемых обстоятельств, в связи с чем Исполнитель даже при надлежащем выполнении своих обязательств по договору, правильном использовании установленных норм и правил, современных технологий и достижений медицинской науки, по объективным причинам не может гарантировать Потребителю (представителю потребителя) и Заказчику полного выздоровления Потребителя и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- выражает согласие на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Исполнителя https://mntkcheb.ru или в мобильном приложении.

8.2. Потребителю, по желанию Потребителя (представителя потребителя) и (или) Заказчика, могут быть оказаны дополнительные услуги немедицинского характера, оказываемые Исполнителем, стоимость которых устанавливается на основании утвержденного Прейскуранта Исполнителя и действующего на день оказания услуги. Заказчик и (или) Потребитель (представитель потребителя) оплачивает эти услуги на условиях договора.

8.3. Потребитель (представитель потребителя) и Заказчик согласны, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Исполнитель вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, проставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

8.4. В случае отказа Потребителя (представителя потребителя) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8.5. Потребитель (представитель потребителя) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, свободно, своей волей и в своем интересе оформляет отдельное письменное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведения медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. При этом Потребитель (представитель потребителя) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, указанный отзыв оформляется в виде письменного заявления, подписанного собственноручно, оригинал подписанного заявления направляется по фактическому адресу Исполнителя Почтой России почтовым отправлением либо путем вручения нарочно: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.

9. Прочие условия.

9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

9.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

9.3. Настоящий договор составлен в 3 (трех) имеющих равную силу экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

10. Сведения об Исполнителе.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Фирменное наименование: МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.

Адрес места нахождения: 127486, г. Москва, Бескудниковский б-р, 59А.

Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 10277397146006

Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 7713059497

Филиал: Чебоксарский филиал федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Адрес филиала: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.

E-mail: info@mntkcheb.ru, официальный сайт в сети «Интернет» https://mntkcheb.ru

11. Реквизиты и подписи Сторон.

Исполнитель:	**Потребитель (представитель Потребителя):**
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России	Сведения о Потребителе: Ф.И.О.: Дата рождения:

Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Юридический адрес: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а
Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:
Л/с 30156Э31560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России//УФК по Нижегородской области, г Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

М.П.

Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Потребитель:

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Сведения о законном представителе Потребителя *(Этот раздел заполняется только при заключении договора на оказание медицинских услуг лицам, не достигших 14 лет, или недееспособным гражданам)*:
Ф.И.О.:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Документ, подтверждающий полномочия законного представителя *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Представитель Потребителя:

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Заказчик по договору со стороны Потребителя (представителя потребителя)

_____
Фамилия имя отчество (при наличии)

_____
документ, удостоверяющий личность: наименование, серия номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

Зарегистрирован(а) по адресу: _____
Проживающий по адресу: _____
Телефон: _____ Адрес электронной почты (если имеется): _____

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение № 1
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность исполнителя, в соответствии лицензией

В соответствии с Лицензией от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, Исполнителем осуществляется следующая медицинская деятельность по адресу места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, проспект Тракторостроителей, д. 10, выполняемые работы, оказываемые услуги:

**указывается в соответствии с действующей лицензией выполняемые работы, оказываемые услуги:*

Приложение № 2
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

ИНСТРУКЦИЯ
по уходу и эксплуатации жестких газопроницаемых линз: (склеральные, роговичные)

ОБЩЕЕ

Пожалуйста, внимательно прочтите эту инструкцию. Ее создание продиктовано заботой о Вашем здоровье!

ЖГП-линзы (склеральные, роговичные) предназначены для дневного ношения. При ношении ЖГП-линзы рекомендованы повторные осмотры, частота повторных осмотров прописана в договоре. При всех визитах к врачу необходимо приносить ЖГП-линзы с собой в контейнере для контрольного осмотра и профессиональной очистки.

Будьте внимательны к своим ощущениям!

Ношение ЖГП-линзы запрещено при следующих состояниях:

-при покраснении глаз, светобоязни, слезотечении, рези, боли, дискомфорте в глазах;

- при покраснении, отеке или воспалении век;

- при простудных заболеваниях, насморке, заложенности носа, боли в горле, повышении температуры;

- в местах, где невозможно соблюсти все правила ухода за линзами;

- при наличии повреждений на линзе (сколов, трещин, глубоких царапин и т.д.), выраженных отложений на поверхности линзы;

- не допускается посещение в ЖГП-линзах бассейна, бани, открытых водоемов, противопоказан контакт линзы с любой жидкостью за исключением физиологического 0,9 % раствора NaCl, раствора по уходу за контактными линзами, либо глазных капель, предназначенных для пользователей контактными линзами.

НАДЕВАНИЕ И СНЯТИЕ ЛИНЗЫ

Надевание и снятие линз следует проводить за столом, в хорошо освещенном помещении. Запрещается проводить манипуляции с линзами в ванной, туалете, либо других неприспособленных для этого местах.

Перед надеванием линз тщательно помойте руки под проточной чистой водой с нейтральным мылом (без содержания косметических или иных добавок) и насухо вытрите руки безворсовым одноразовым полотенцем. Не допускается использование грунтовых, стоячих вод из-за высокого риска развития инфекционных глазных заболеваний!

Прежде чем прикасаться к линзам, убедитесь, что руки чистые, ногти коротко пострижены, на руках нет инородных тел, ворсинок и т.д.

Убедитесь, что на линзе нет механических повреждений. При обнаружении на ЖГП-линзе сколов, глубоких царапин и иных повреждений, а также при стойком дискомфорте в линзах, дальнейшая эксплуатация линз запрещена! Необходимо обратиться к лечащему врачу для решения сложившейся ситуации.

Все манипуляции с линзами следует проводить сидя за столом, покрытым одноразовой салфеткой (чтобы в случае падения линза упала на стол, а не на пол). Рекомендуется начинать с правой линзы (чтобы не перепутать линзы). Закапайте увлажняющие капли в оба глаза.

Возьмите ЖГП-линзу из контейнера с раствором и положите на подушечку указательного пальца (можно использовать присоску для контактных линз). Заполните ЖГП-линзу физиологическим раствором NaCl. Наклоните голову, смотрите прямо перед собой (можно использовать зеркало, расположенное горизонтально на столе), поднесите линзу к глазу. Положите линзу строго по центру роговицы в проекции зрачка. Нет необходимости сильно прижимать линзу к глазу или перемещать линзу по поверхности роговицы. Лучше держать открытыми оба глаза. Следите за тем, чтобы под линзой не было пузырей воздуха. В случае обнаружения воздуха под линзой, инородных тел, снимите

линзу и повторите процедуру.

Повторите то же с левой линзой.

Вылейте раствор из контейнера, промойте его физиологическим раствором NaCl, оставьте контейнер открытым для просушивания.

СНЯТИЕ ЛИНЗЫ

Перед снятием линзы закапайте в глаза увлажняющие капли, убедитесь, что ЖГП-линзы подвижны. Для этого надо приложить указательный палец к краю нижнего века и веком подвигать линзу. Она должна перемещаться по поверхности глаза. Если этого не происходит, закапайте еще раз увлажняющие капли, можно надавить пальцем через веко на склеру под ЖГП-линзой и пропустить воздух под линзу, добейтесь ее подвижности. Только после этого приступите к снятию ЖГП-линзы.

Для снятия линзы можно пользоваться присоской для контактных линз. Установите присоску ближе к верхнему или нижнему краю линзы. После закрепления присоски, попытайтесь снять ЖГП-линзы, двигаясь под острым углом к поверхности роговицы. Чтобы не перепутать линзы, начинайте снимать всегда с правого глаза.

УХОД ЗА ЛИНЗАМИ

Уход за линзами включает механическую очистку и дезинфекцию линз. Для этого используются универсальные многофункциональные растворы, предназначенные для ухода за жесткими газопроницаемыми линзами, рекомендованные Вашим лечащим врачом.

Механическая очистка необходима для удаления отложений с поверхности линзы, а дезинфекция – для удаления болезнетворных возбудителей.

Линзы должны очищаться механически ежедневно после снятия. Для этого положите линзу на ладонную поверхность кисти наружной (выпуклой) стороной вниз и налейте в нее небольшой количество раствора. Подушечкой указательного пальца другой руки очистите линзу круговыми движениями, прилагая небольшое усилие. Затем ополосните линзу физиологическим раствором NaCl.

Далее, для дезинфекции линз, поместите их в контейнер и оставьте их на тот срок, который указан производителем раствора в инструкции. Линзы должны быть полностью погружены в раствор! Никогда не используйте один и тот же раствор в контейнере повторно!

Необходимо всегда внимательно изучить инструкцию к раствору и следовать ей. Несоблюдение инструкции может привести к осложнениям со стороны глаз и потере зрения!

Всегда консультируйтесь с лечащим врачом при замене раствора на раствор другого производителя. Следует применять растворы, рекомендованные для жестких линз.

Линзы нельзя нагревать и кипятить! Это может привести к повреждению и деформации линз!

Для домашнего использования может применяться пероксидная система очистки линз. Перед применением системы необходимо тщательно ознакомиться с инструкцией!

Дополнительные способы очистки линз.

Для дополнительной очистки линз от белковых отложений могут применять средства энзимной или химической очистки с использованием лабораторных очистителей. Данный вид обработки применяется ежеквартально в условиях отделения оптической коррекции медицинским работником.

Дополнительные способы очистки не заменяют ежедневную рутинную очистку и дезинфекцию линз.

ХРАНЕНИЕ ЛИНЗ

Для предотвращения контаминации контейнера и снижения риска развития инфекционных осложнений никогда не используйте водопроводную или стоячую воду для промывки контейнера. Контейнер для линз должен периодически обновляться (не реже 1 раза в месяц).

РЕЖИМ НОШЕНИЯ ЛИНЗ

Линзы предназначены для использования во время бодрствования (дневное время) с соблюдением рекомендаций медицинского работника по эксплуатации линз, которые даны в настоящей инструкции и медицинским работником.

Режим ношения линз определяется медицинским работником индивидуально для каждого пациента.

Рекомендуется соблюдать следующий режим ношения линз (если другое не было предписано медицинским работником):

1-й день – 2-3 часа;
2-й день – 3-4 часа;
3-й день – 4-5 часов;
4-й день – 5-7 часов;
5-й день – 7-9 часов;
6-й день – от 9 часов и на протяжении всего времени бодрствования.

Категорически запрещается использование линз во время сна. Следует помнить, что сон в линзах, а также нарушение режима ухода и ношения линз, представляет высокий риск для здоровья глаз и может привести к необратимой утрате зрения.

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

При применении линз возможно развитие следующих нежелательных эффектов:

- ощущение дискомфорта, жжения, рези, зуда или боли;
- чувство инородного тела в глазу;
- покраснение глаз;
- светобоязнь, слезотечение;
- снижение четкости изображения (плохая острота зрения);
- «затуманивание» зрения, радужные круги или «гало» (свечения) вокруг объектов;
- сухость глаз.

При возникновении вышеперечисленных состояний следует немедленно прекратить ношение линз и обратиться за помощью к врачу-офтальмологу за консультацией и, если потребуется, для получения соответствующего лечения во избежания развития серьезных повреждений глаз.

Срок службы линзы составляет не более 12 месяцев со дня начала пользования линзой. После истечения данного срока линзу необходимо заменить на новую. При наличии повреждений или отложений на линзе срок годности линзы может сокращаться.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна. Я инструктирован(а) в отношении техники ухода и использования ЖГП-линз и полностью несу ответственность за нарушения правил этой техники, а также этой инструкции.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 3
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
Потребителя (Представителя потребителя) и Заказчика
о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)
Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу)

Исполнитель на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомляет Потребителя, (представителя потребителя и Заказчика о том, что:

– в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

– несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, иного медицинского работника, 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.

Уведомлен(а) и согласен(на) соблюдать указания (рекомендации) лечащего врача, иного медицинского работника, назначенный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, а также правила поведения пациента в медицинской организации исполнителя.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ _____ _____

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Заказчик:

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 4
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___

СОГЛАСИЕ
Потребителя (Представителя Потребителя) и Заказчика
на отступление от стандарта медицинской помощи

В соответствии с п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 подтверждаю и согласовываю оказание Потребителю платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Заказчик:

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 5
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
о необходимости предоставления дополнительных медицинских услуг,
не предусмотренных договором

В соответствии с п. 26 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 Исполнитель предупреждает Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика о том, что при предоставлении платных медицинских услуг в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, а именно:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

В связи с указанным обстоятельством предлагаем подписать дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Заказчик:

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 8
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

ДОГОВОР № _____
(трехсторонний) на оказание платных медицинских услуг
в Отделении оптической коррекции зрения
(подбор ортокератологических линз)

г. Чебоксары «___» _____ 20 ____ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, в лице _____ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России _____, действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)
медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
именуемый(ая) в дальнейшем «**Потребитель**»

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан
Я, _____
документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)
(сведения о дате выдачи документа и выдающем его органе)
являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)
Пациента _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)
дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(число, месяц, год рождения)
именуемый(ая) в дальнейшем **представитель потребителя**,

с другой стороны,
а также гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)
документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)
_____
(сведения о дате выдачи документа и выдающем его органе)
именуемый(ая) в дальнейшем «**Заказчик**», с третьей стороны
совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. В соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Потребителя (представителя потребителя), Исполнитель в соответствии с Правилами предоставления

медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, действуя с добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя), предоставляет Потребителю платные медицинские услуги с применением изделий медицинского назначения и медикаментов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации согласно действующему законодательству Российской Федерации, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, в т.ч. в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а Заказчик по договору со стороны Потребителя (представителя потребителя) оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.2. Получателем платных медицинских услуг по договору является Потребитель. Исполнитель оказывает услуги по договору по адресу места осуществления лицензируемого вида медицинской деятельности в соответствии Перечнем выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанным в едином реестре лицензий Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Приложение № 1 к настоящему договору). Сведения о лицензии и перечень медицинских услуг размещены на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: https://mntkcheb.ru, а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя.

1.3. Перечень услуг и их стоимость по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на платные медицинские услуги, в соответствии с необходимым объемом услуг и составляет:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

1.4. Ортокератологические линзы (далее по тексту - ОК-линзы, ОКЛ) являются медицинским изделием, подбор которых осуществляется медицинским работником Исполнителя при оказании медицинских услуг Потребителю в соответствии с настоящим договором после прохождения комплексной диагностического обследования органа зрения Потребителя и подбора средств контактной коррекции.

ОК-линзы изготавливаются по индивидуальным параметрам Потребителя под заказ и оплачиваются на основании заказа. Процесс подбора линз для Потребителя может быть многоэтапным, в случае необходимости может понадобиться дополнительное обследование или примерка пробной линзы (информация о стоимости пробной контактной линзы обговаривается и согласовывается с Потребителем (представителем Потребителя) при оформлении индивидуального заказа ОК-линзы).

ОКЛ подлежат использованию строго в соответствии с инструкцией производителя и рекомендациями лечащего врача.

Согласно ст. 470 Гражданского кодекса Российской Федерации законную гарантию на качество ОК-линз предоставляет производитель, что подтверждает передачу Потребителю товара, прошедшего производственный контроль (гарантийный номер на упаковке линз). Договорная гарантия (гарантийный срок) на ОКЛ не предоставляется.

Сведения о ОК-линзах, передаваемых Потребителю, отражаются в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, которая оформляется в отношении Потребителя (пациента) в отделении оптической коррекции зрения.

Инструкция по уходу и эксплуатации ортокератологических линз является неотъемлемой частью договора (Приложение № 2 к настоящему договору).

1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика. При согласии Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика на предоставление соответствующих медицинских услуг Сторонами оформляется дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего

договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действующим на день оказания услуг, либо оформляется новый договор на оказание платных медицинских услуг.

1.6. В соответствии с п. 3 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является Пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Условия, порядок, сроки оказания услуг и порядок расчетов.

2.1. Медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, предусмотренные договором с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, административного режима работы подразделений Исполнителя и требований действующего законодательства Российской Федерации. Дата и время оказания медицинских услуг определяются по предварительной записи, если иное не согласовано Сторонами.

2.2. При подписании настоящего договора Потребитель (представитель потребителя) и Заказчик на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомлены путем подписания письменного уведомления (Приложение № 3 к настоящему договору) о том, что: в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях; несоблюдение назначений (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.

2.3. Медицинские услуги оказываются Потребителю при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя) на медицинское вмешательство и согласия на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя (представителя потребителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя (представителя потребителя) оформляется в форме письменного согласия Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика (Приложение № 4 к настоящему договору).

2.4. При наличии медицинских показаний и согласия Потребителя (представителя потребителя) проводится подбор, примерка и обучение Потребителя правилам использования ОК-линз. Параметры, режим ношения подобранных контактных линз и ухода за ними отражается в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

2.5. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем, и действующего на день оказания услуг (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя).

2.6. Оплата медицинских услуг производится Заказчиком, с согласия Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика, при заключении договора на условиях 100 % авансового платежа, на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Заказчика.

2.7. Стоимость медицинских изделий (ОКЛ) и порядок расчетов определяется при оформлении индивидуального заказа на ОКЛ. Оплата производится на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Заказчика (лица оплатившего заказ).

2.8. Исполнитель производит отметку о стоимости услуги, медицинских изделий (ОКЛ) в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Заказчику на руки выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг, ОКЛ (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности, или иной документ, предусмотренный законодательством Российской Федерации).

2.9. По медицинским показаниям и при отсутствии у Потребителя качественного зрения менее 0,6 через месяц с момента первого использования ОКЛ в ночном режиме и при условии соблюдения им графика визитов и рекомендаций лечащего врача, Потребителю (представителю потребителя) возвращается стоимость линз без учета оказанных медицинских услуг и в случае возврата Потребителем неповрежденных линз (данное условие о возврате неповрежденных линз является обязательным).

2.10. По медицинским показаниям Потребителю может быть заказана пробная диагностическая линза. Стоимость линзы оплачивается в соответствии с Прейскурантом.

2.11. В случае повреждения ОКЛ в течение первых 3 (трех) месяцев с момента подбора оплата за медицинскую услугу (подбор ОКЛ) не взымается, Потребитель (представитель потребителя) оплачивает только стоимость линзы на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем. ,При повреждении ОКЛ по истечении 3 (трех) месяцев с момента подбора, Потребитель (представитель потребителя) оплачивает услугу повторного подбора на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем и действующего на день оказания услуг.

2.12. В случае неадаптации Потребителя или трудностях с манипуляцией с линзами и при возникшем желании Потребителя отказаться от ношения ОКЛ, денежные средства, оплаченные за оказанную услугу подбора линз не возвращаются.

2.13. Контактные линзы (в т.ч. ОКЛ) являются медицинским изделием индивидуального пользования и не подлежат обмену и возврату согласно п. 2 ст. 502 Гражданского кодекса Российской Федерации, абз. 4 ч. 1 ст. 25 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-I «О защите прав потребителей», п. 1 Перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих обмену, утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 657.

2.14. Срок оказания услуг: в течение одного месяца с момента поступления в полном объеме, предусмотренном договором, денежных средств от Заказчика на лицевой счет либо в кассу Исполнителя.

2.15. В случае индивидуального заказа для Потребителя медицинских изделий, необходимых для оказания услуг, срок оказания услуг может продлеваться на период поставки медицинских изделий.

2.16. Если оказание медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания определяются согласованным с Потребителем (представителем потребителя) индивидуальным планом лечения и отражается в медицинской документации.

2.17. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя (представителя потребителя), срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

2.18. Продление срока, увеличение объема предоставляемых медицинских услуг по медицинским показаниям, предоставление дополнительных медицинских услуг, оказываемых в плановом порядке (не по экстренным показаниям), изменение стоимости медицинских услуг, оформляется дополнительным соглашением Сторон к договору.

2.19. 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.

2.20. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках госгарантий бесплатной медицинской помощи.

2.21. 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 медицинских услуг (обследования, лечения и т.п.) окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Заказчика удерживается сумма за фактически оказанные услуги.

Остаток суммы, уплаченной Заказчиком по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

2.22. Информация об оказании медицинских услуг Потребителю фиксируется в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Подтверждением оказания Потребителю платных медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Исполнителем Потребителю (представителю потребителя).

3. Права и обязанности Исполнителя.

3.1. **Исполнитель имеет право**:

- требовать от Потребителя (представителя потребителя) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (лечебно-охранительный режим, своевременность приема лекарственных препаратов, график прохождения процедур, соблюдение плана лечения, назначений и рекомендаций специалистов, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.), а также соблюдения правил внутреннего распорядка, правил техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя;
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- получать от Потребителя (представителя потребителя) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- отказать Потребителю (представителю потребителя) в предоставлении медицинской услуги Потребителю в случае отказа от медицинского вмешательства и/или невыполнения требований и рекомендаций и назначений медицинских специалистов, а также правил использования ОКЛ;
- устанавливать объем и характер необходимых обследований Потребителя и/или рекомендовать Потребителю (представителю потребителя) изменить методику или тактику коррекции зрения Потребителя в случае медицинской необходимости;
- безотлагательно и безвозмездно, в случае возникновения неотложных состояний, определять объем диагностических исследований, манипуляций, медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором;
- в рамках предоставления медицинских услуг назначать Потребителю решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
- отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем (представителя потребителя) правил внутреннего распорядка, техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя, нарушении режима работы Исполнителя;
- использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.2. **Исполнитель обязан**:

- оказать услугу Потребителю согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинской помощи и предъявляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставить Потребителю (представителю потребителя) и Заказчику бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работниках, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональном образовании и квалификации); о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в адрес Исполнителя, контролирующие и надзорные органы, а также иную информацию, предусмотренную

Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);
- соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства;
- вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, медицинских изделий, а также денежных средств, поступивших от Заказчика;
- предоставить 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;
- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика, путем предоставления Уведомления о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором (Приложение № 5 к настоящему договору);
- извещать Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика 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 Потребителю на основании дополнительного соглашения к настоящему договору или на основании отдельно заключаемого договора;
- осуществлять плановое динамическое наблюдение Потребителя (пациента) в течение терапии 1 (одного) года, которое включает 4 (четыре) плановых осмотра согласно графику;
- предоставить Потребителю (представителю потребителя) инструкцию по использованию ОК-линз, сведения об основных свойствах ОК-линз и оказываемых медицинских услугах, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях и осложнениях, которые могут возникнуть при использовании контактных линз;
- сохранять врачебную тайну;
- выдавать Потребителю (представителю потребителя), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя (пациента) 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. Права и обязанности Потребителя (представителя потребителя).

4.1. **Потребитель (представитель потребителя) имеет право:**

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Исполнителе, о наличии лицензии и информации о предоставляемых медицинских услугах, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;
- получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями положений об организации оказания медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи;
- в доступной для него форме получить информацию о состоянии здоровья Потребителя, 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;

- в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя 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;
- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия договора. При этом в случае предварительной оплаты Заказчику возвращаются оплаченные денежные средства в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации, за вычетом стоимости фактических оказанных услуг;
- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.2. **Потребитель (представитель потребителя) обязан:**

- прибыть для получения услуги в назначенное Исполнителем время;
- информировать медицинского работника Исполнителя до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях (в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средствах), противопоказаниях, жалобах на состояние здоровья, а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, врачебных рекомендациях и направлениях на лечение, предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских организациях, у других медицинских специалистов вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии);
- обязуется не изымать из оформленных в медицинском учреждении Исполнителя: медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результаты обследований и другую медицинскую документацию;
- ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору;
- соблюдать инструкцию производителя ОКЛ, инструкцию по уходу и эксплуатации ОК-линз и график визитов, согласованный со специалистом:

  1 визит - на следующий день после первого сна в ОК-линзах;
  2 визит - через 14 ночей сна;
  3 визит - через 3 месяца использования ОК-линз;
  4 визит – через 6 месяцев;
  5 визит – через 9 месяцев;
  6 визит – через 12 месяцев;

- точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры к Исполнителю, консультации и лечение к Исполнителю, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения. В случае возникновения осложнений в кратчайшие сроки обратиться к врачу-офтальмологу медицинского учреждения Исполнителя;
- при поступлении на лечение иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и медицинский полис (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты);
- осуществлять прием всех препаратов и проходить процедуры, рекомендованные лечащим врачом Исполнителя, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Исполнителя, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств;
- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Исполнителя в течение всего периода пребывания в медицинском учреждении Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории в медицинского учреждения Исполнителя, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией - в автомобиле Исполнителя;
- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Исполнителя.

5. Права и обязанности Заказчика.

5.1. Заказчик вправе затребовать медицинское заключение, являющееся подтверждением оказания медицинских услуг Потребителя (представителя потребителя) при наличии письменного согласия Потребителя (представителя потребителя) о предоставлении Заказчику сведений, составляющий врачебную тайну, в т.ч. информации о состоянии здоровья Потребителя.

5.2. Заказчик обязан своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг Потребителю, медицинских изделий (ОКЛ), в порядке, которые определены настоящим договором.

6. Ответственность Сторон.

6.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (представителем потребителя) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы (форс - мажорных обстоятельств, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору), а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Потребителем (представителем потребителя) неполной информации о здоровье Потребителя в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения, правил внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя (представителя потребителя), в том числе при нарушении Потребителем (представителем потребителя) медицинских предписаний.

6.4. Исполнитель не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, других факторов риска, а также в случаях оказания услуг в неполном либо меньшем объеме и/или недостижения запланированного результата и/или неэффективности лечения, возникших в результате: несоблюдения Потребителем (представителем потребителя) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредставления Потребителем (представителем потребителя) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Потребителем (представителем потребителя) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Исполнителя, а также правил использования ОКЛ.

7. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров.

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

7.2. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением, подписанным Сторонами.

7.3. Споры и разногласия решаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе путем переговоров, при необходимости с проведением независимой экспертизы.

7.4. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, в случае недостижения согласия Сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

8. Особые условия.

8.1. Потребитель (представитель потребителя) и Заказчик, при подписании настоящего договора, подтверждают, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Исполнителя, с Перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;

- уведомлен, что на территории медицинского учреждения Исполнителя осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной безопасности и безопасности деятельности Исполнителя, антитеррористической защищенности безопасности работников Исполнителя, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Исполнителя, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Исполнителя; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;

- предоставлена в доступной форме информация о возможности получения в иных медицинских подразделениях медицинского учреждения Исполнителя, соответствующих вида 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, за счет средств бюджета и иных источников;

- уведомлен, что медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, и оказываемые в отделении оптической коррекции зрения не предусмотрены программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая настоящий договор Потребитель (представитель Потребителя) на основании собственного волеизъявления дает свое добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящим договора;

- уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья Потребителя;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: информация о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, 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); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659, а также относящиеся к предмету договора (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);

- проинформирован(а), что сроки ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления мединских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего мединскую услугу, диагноза, возраста пациента, времени для подготовки к медицинской услуге и медицинскому вмешательству, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, тяжести состояния здоровья и иных факторов, которые могут повлиять на длительность ожидания, а также от организационной возможности проведения медицинского вмешательства;

- предупрежден(а) и осознает, что медицинская услуга является специфическим видом деятельности, по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, подверженные влиянию неподконтрольных факторов и явлений, не поддающихся в 100% случаев воле человека, эффективность оказанной медицинской помощи зависит не только от выбранной тактики лечения и действий медицинского персонала, но и от индивидуальных особенностей организма Потребителя,

условий его жизнедеятельности, иных непрогнозируемых обстоятельств, в связи с чем Исполнитель даже при надлежащем выполнении своих обязательств по договору, правильном использовании установленных норм и правил, современных технологий и достижений медицинской науки, по объективным причинам не может гарантировать Потребителю (представителю потребителя) и Заказчику полного выздоровления Потребителя и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- выражает согласие на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Исполнителя https://mntkcheb.ru или в мобильном приложении.

8.2. Потребителю, по желанию Потребителя (представителя потребителя) и (или) Заказчика, могут быть оказаны дополнительные услуги немедицинского характера, оказываемые Исполнителем, стоимость которых устанавливается на основании утвержденного Прейскуранта Исполнителя и действующего на день оказания услуги. Заказчик и (или) Потребитель (представитель потребителя) оплачивает эти услуги на условиях договора.

8.3. Потребитель (представитель потребителя) и Заказчик согласны, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Исполнитель вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, проставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

8.4. В случае отказа Потребителя (представителя потребителя) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8.5. Потребитель (представитель потребителя) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, свободно, своей волей и в своем интересе оформляет отдельное письменное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведения медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. При этом Потребитель (представитель потребителя) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, указанный отзыв оформляется в виде письменного заявления, подписанного собственноручно, оригинал подписанного заявления направляется по фактическому адресу Исполнителя Почтой России почтовым отправлением либо путем вручения нарочно: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.

9. Прочие условия.

9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

9.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

9.3. Настоящий договор составлен в 3 (трех) имеющих равную силу экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

10. Сведения об Исполнителе.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Фирменное наименование: МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.

Адрес места нахождения: 127486, г. Москва, Бескудниковский б-р, 59А.

Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 10277397146006

Идентифихационный номер налогоплательщика (ИНН) 7713059497

Филиал: Чебоксарский филиал федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Адрес филиала: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.

E-mail: info@mntkcheb.ru, официальный сайт в сети «Интернет» https://mntkcheb.ru

11. Реквизиты и подписи Сторон.

Исполнитель:
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Юридический адрес: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а
Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:
Л/с 30156Э31560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России//УФК по Нижегородской области, г Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

М.П.

Потребитель (представитель Потребителя):
Сведения о Потребителе:
Ф.И.О.:
Дата рождения:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Потребитель:

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Сведения о законном представителе Потребителя *(Этот раздел заполняется только при заключении договора на оказание медицинских услуг лицам, не достигших 14 лет, или недееспособным гражданам)*:
Ф.И.О.:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Документ, подтверждающий полномочия законного представителя *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Представитель Потребителя:

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Заказчик по договору со стороны Потребителя (представителя потребителя)

_____
Фамилия имя отчество (при наличии)

_____
документ, удостоверяющий личность: наименование, серия номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

Зарегистрирован(а) по адресу: _____
Проживающий по адресу: _____
Телефон: _____ Адрес электронной почты (если имеется): _____

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение № 1
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую

деятельность исполнителя, в соответствии лицензией

В соответствии с Лицензией от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, Исполнителем осуществляется следующая медицинская деятельность по адресу места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, проспект Тракторостроителей, д. 10, выполняемые работы, оказываемые услуги:

**указывается в соответствии с действующей лицензией выполняемые работы, оказываемые услуги:*

Приложение № 2
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

ИНСТРУКЦИЯ
по уходу и эксплуатации ортокератологических (ночных) линз

ОБЩЕЕ

Пожалуйста, внимательно прочтите эту инструкцию. Ее создание продиктовано заботой о Вашем здоровье и практической необходимостью.

Ортокератологические линзы (ОК-линзы) предназначены для ночного ношения и исправления близорукости.

После подбора ОК-линз потребуются повторные осмотры. Будьте готовы к ним. Будьте внимательны к своим ощущениям!

После первого ночного сна в ОК-линзах, Вы должны приехать на осмотр, обязательно утром не снимая линз и не умываясь. С собой взять , контейнер, раствор для хранения и увлажняющие капли для снятия линз.

При всех следующих визитах к врачу необходимо ОК-линзы приносить с собой в контейнере для контрольного осмотра и профессиональной очистки, продлевающей срок службы линз.

Соблюдайте гигиенические правила неукоснительно. Прежде чем дотрагиваться до линз, тщательно вымойте руки с мылом, хорошо сполосните и вытрите их бумажным безворсовым полотенцем.

УСТАНОВКА ЛИНЗ

Все манипуляции с ОК-линзами следует проводить, плотно сидя за столом перед зеркалом (чтобы в случае падения линза упала на стол, а не на пол). Начинайте всегда с правой линзы (чтобы не перепутать линзы). Это должно быть правилом.

Возьмите ОК-линзу из контейнера с раствором и положите на подушечку указательного пальца правой руки, осмотрите ее, капните на линзу 1-2 капли увлажняющих капель, либо стерильный физиологический раствор.

Оттяните верхнее веко указательным пальцем левой руки, а нижнее веко средним пальцем правой руки (хорошо удерживайте веки). Смотрите прямо перед собой и поднесите линзу к глазу. Положите линзу точно по центру роговицы в проекции зрачка. Нет необходимости сильно прижимать линзу к глазу, т.к. влажная линза сама притянется к глазу при соприкосновении. Медленно опустите веки и смотрите вниз несколько секунд. Маленькие хитрости: следите за тем, чтобы при постановке линз оба глаза были открыты, не перекрывайте рукой второй глаз, смотрите прямо в зеркало как бы через палец с линзой.

Повторите то же с левой линзой.

Вылейте раствор из контейнера, ополосните его физ. раствором , оставьте открытым на ночь для просушивания.

Находитесь в надетых ОК-линзах 5-10 минут, оценивая свои ощущения. Дискомфорт не должен быть сильным. В случае адекватных ощущений можно ложиться спать, в случае дискомфорта линзы необходимо переодеть.

СНЯТИЕ ЛИНЗЫ

После сна обязательно закапайте увлажняющие капли в каждый глаз и убедитесь в подвижности линз. Для этого надо приложить указательный палец к краю нижнего века и веком подвигать линзу. Она должна свободно перемещаться по глазу. Если этого не происходит, закапайте еще раз увлажняющие капли и добейтесь подвижности линзы. И только после этого приступайте к снятию

Ваших линз. Лучше научиться снимать линзы методом «выщелкивания». Для этого максимально опустите подбородок, откройте глаза как можно шире (чтобы линза оказалась между веками) и потяните за наружный угол глаза пальцем соответствующей глазу руки. При этом веки сомкнутся, сжав линзу, и она легко «выщелкнется» из глаза! Чтобы не повредить линзу всегда выполняйте процедуру, плотно прижавшись к столу, покрытому тканью без ворсинок или салфеткой, либо держите левую ладонь перед глазом.

Есть и другой способ снять ОК-линзы. Для этого также с помощью увлажняющих капель добейтесь хорошей подвижности линз. Затем указательным пальцем левой руки прижмите верхнее веко к верхнему краю линзы и зафиксируйте ее. Указательный палец правой руки прижмите к краю нижнего века и веком попытайтесь поддеть линзу. Как только воздух пройдет под ОК-линзу, она легко выпадет из глаза. Делайте все это также над мягкой поверхностью, чтобы не повредить линзу. Чтобы не перепутать линзы, начинайте всегда снимать с правого глаза и сразу же складывайте снятую линзу в нужную ячейку контейнера. Также можно пользоваться присоской для снятия линз - дозакапываем увлажняющие капли, удерживая веки, устанавливаем присоску на линзу, снимаем ее с глаза.

ЦЕНТРИРОВАНИЕ ЛИНЗЫ

При постановке Ночных линз на глаза, рефлекторно выделяются слезы. Поэтому в первые минуты линзы «плавают» и могут неточно соответствовать центру глаза. Это нормально. Когда Вы закроете глаза, слеза перестанет выделяться и ОК-линза сама «найдет» правильное положение.

Если же ОК-линза значительно сместилась с роговицы, ее надо центрировать. Для этого посмотрите в зеркало, открыв глаза как можно шире, чтобы видеть линзу. Когда Вы нашли линзу, закройте глаз и посмотрите в направлении, противоположном найденной линзе. Например: линза внизу – посмотрите наверх. Через закрытое веко указательным и средним пальцами аккуратно прижмите ОК-линзу к глазу и перемещайте ее к центру. А глаз в это время медленно поворачивайте навстречу. Если попытки закончились неудачно, можно снять линзу обычным способом, дать глазу некоторое время «отдохнуть» и снова установить линзу.

УХОД ЗА ОК-ЛИНЗАМИ

Ночные ОК линзы надеваются на время ночного сна! Линзы должны быть чистыми и тщательно продезинфицированы! Для ухода за ОК линзами лечащим врачом рекомендуются раствор для жестких контактных линз и пероксидные системы.

На снятую линзу капните многофункциональный раствор и в течение 20-30 секунд аккуратно и легко потрите линзу между подушечками пальцев. Старайтесь равномерно обработать всю поверхность линзы. Особое внимание уделяйте внутренней поверхности. Затем тщательно смойте очиститель и промойте линзы стерильным 0,9% раствором хлорида натрия. Никогда не пользуйтесь водой из открытых водоемов и из-под крана!!! Тщательно промытую линзу положите в специальный контейнер, наполненный раствором одноступенчатой пероксидной системы. Используйте такой порядок обработки контактных линз ежедневно.

При всех манипуляциях с линзами будьте внимательны и осторожны, чтобы не потерять их. Также не царапайте линзы ногтями, не прикасайтесь ногтями к краям линз (это приводит к появлению насечек и отламыванию края линзы). При манипуляциях с линзами не перемещайте их по поверхности контейнера и стола. Лучше всего поднимать линзу, «приклеивая» её к влажной мягкой подушечке пальца или использовать присоску для линз.

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

1. Если при надевании линз Вы почувствовали: заметный дискомфорт, избыточное слезотечение, боль, зуд немедленно снимите ОК-линзы и тщательно их промойте. Если симптомы не исчезают, линзы надевать НЕЛЬЗЯ. Срочно обратитесь к лечащему врачу!
2. Если появились следующие жалобы: слезотечение, светобоязнь, покраснение глаз, гнойное отделяемое, необходимо как можно быстрее связаться с лечащим врачом по телефону и подойти на прием. На фоне таких симптомов линзы носить нельзя.
3. Нельзя носить ОК-линзы во время ОРВИ, гриппа, ангины и др. вирусных и бактериальных инфекциях, а также при обострении аллергии до полного выздоровления.
4. Если по утрам в уголках глаз скапливается слизистое отделяемое, нужно провести лечение, так как слизь мешает линзе центрироваться и снижает зрительный эффект.
5. В начале ношения ОК-линз необходимый эффект достигается постепенно в течение недели (сроки индивидуальны). В эти дни возможны адаптационные симптомы: нечеткое зрение, двоение, ухудшение зрения в сумерках, дискомфорт и др.

Если Вы не надели ОК-линзы на ночь, то возврат близорукости будет постепенным. На этот период вам могут потребоваться слабые очки (о деталях спрашивайте у врача).

6. Всегда имейте достаточный запас средств для ухода за линзами. Не заменяйте растворы на

другие без консультации с Вашим офтальмологом. Контейнер для контактных линз меняется не реже, чем раз в месяц.

7. Старайтесь не ронять линзы на твердую поверхность и не касайтесь их ногтями, это приводит к появлению царапин, трещин и сколов края. Ортокератологические линзы изготовлены из тонкого высококислородного материала, категорически не допускается давление на линзы и сжатие их между пальцами, с манипулятора линзы снимаются только путём скольжения вбок, при неправильных манипуляциях с ОК линзами возможны их механические повреждения. В таких случаях пациент приобретает новые линзы. Повреждённые и сломанные линзы запрещается надевать на глаз, это опасно для здоровья и зрения.
8. Ежегодно заменяйте линзы на новые.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна. Я инструктирован(а) в отношении техники ухода и использования ОК-линз и полностью несу ответственность за нарушения правил этой техники, а также этой инструкции.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____	_____	_____
(Ф.И.О.)	(подпись)	(число, месяц, год)

Приложение № 3
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
Потребителя (Представителя потребителя) и Заказчика
о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)
Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу)

Исполнитель на основании пункта 20, подпункта «ж» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомляет Потребителя, (представителя потребителя и Заказчика о том, что:

– в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

– несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, иного медицинского работника, 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.

Уведомлен(а) и согласен(на) соблюдать указания (рекомендации) лечащего врача, иного медицинского работника, назначенный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, а также правила поведения пациента в медицинской организации исполнителя.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____	_____	_____
(Ф.И.О.)	(подпись)	(число, месяц, год)

Заказчик:

_____	_____	_____
(Ф.И.О.)	(подпись)	(число, месяц, год)

Приложение № 4
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___

СОГЛАСИЕ
Потребителя (Представителя Потребителя) и Заказчика
на отступление от стандарта медицинской помощи

В соответствии с п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 подтверждаю и согласовываю оказание Потребителю платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Заказчик:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 5
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг,
не предусмотренных договором

В соответствии с п. 26 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 Исполнитель предупреждает Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика о том, что при предоставлении платных медицинских услуг в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, а именно:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

В связи с указанным обстоятельством предлагаем подписать дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Заказчик:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 9
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

ДОГОВОР № _____
(трехсторонний) на оказание платных медицинских услуг
в Отделении оптической коррекции зрения
(подбор мягких контактных линз)

г. Чебоксары «___» _____ 20___ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, в лице _____ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России _____, действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)
медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
именуемый(ая) в дальнейшем **«Потребитель»**

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан
Я, _____
документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)
дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(число, месяц, год рождения)
именуемый(ая) в дальнейшем **представитель потребителя**,

с другой стороны,
а также гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)
документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)
_____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
именуемый(ая) в дальнейшем **«Заказчик»**, с третьей стороны
совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. В соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Потребителя (представителя потребителя), Исполнитель в соответствии с Правилами предоставления

медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, действуя с добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя), предоставляет Потребителю платные медицинские услуги с применением изделий медицинского назначения и медикаментов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации согласно действующему законодательству Российской Федерации, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, в т.ч. в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а Заказчик по договору со стороны Потребителя (представителя потребителя) оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.2. Получателем платных медицинских услуг по договору является Потребитель. Исполнитель оказывает услуги по договору по адресу места осуществления лицензируемого вида медицинской деятельности в соответствии Перечнем выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанным в едином реестре лицензий Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Приложение № 1 к настоящему договору). Сведения о лицензии и перечень медицинских услуг размещены на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: https://mntkcheb.ru, а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя.

1.3. Перечень услуг и их стоимость по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на платные медицинские услуги, в соответствии с необходимым объемом услуг и составляет:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

1.4. Мягкие контактные линзы (далее по тексту - МКЛ) являются медицинским изделием, подбор которых осуществляется медицинским работником Исполнителя при оказании медицинских услуг Потребителю в соответствии с настоящим договором после прохождения диагностического обследования органа зрения Потребителя и подбора средств контактной коррекции, стоимость МКЛ определяется основании действующего у Исполнителя Прейскуранта.

При необходимости с учетом медицинских показаний МКЛ могут изготавливаются по индивидуальным параметрам Потребителя под заказ и оплачиваются на основании заказа. Процесс подбора линз для Потребителя может быть многоэтапным, в случае необходимости может понадобиться дополнительное обследование или примерка пробной линзы (информация о стоимости пробной контактной линзы обговаривается и согласовывается с Потребителем (представителем Потребителя) при оформлении индивидуального заказа МКЛ).

МКЛ подлежат использованию строго в соответствии с инструкцией производителя и рекомендациями лечащего врача.

Согласно ст. 470 Гражданского кодекса Российской Федерации законную гарантию на качество МКЛ предоставляет производитель, что подтверждает передачу Пациенту товара, прошедшего производственный контроль (гарантийный номер на упаковке линз). Договорная гарантия (гарантийный срок) на МКЛ не предоставляется.

Сведения о МКЛ, передаваемых Потребителю, отражаются в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, которая оформляется в отношении Потребителя (пациента) в отделении оптической коррекции зрения.

Инструкция по уходу и эксплуатации мягких контактных линз является неотъемлемой частью договора (Приложение № 2 к настоящему договору).

1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика. При согласии Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика на предоставление соответствующих медицинских услуг

Сторонами оформляется дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действующим на день оказания услуг, либо оформляется новый договор на оказание платных медицинских услуг.

1.6. В соответствии с п. 3 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является Пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Условия, порядок, сроки оказания услуг и порядок расчетов.

2.1. Медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, предусмотренные договором с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, административного режима работы подразделений Исполнителя и требований действующего законодательства Российской Федерации. Дата и время оказания медицинских услуг определяются по предварительной записи, если иное не согласовано Сторонами.

2.2. При подписании настоящего договора Потребитель (представитель потребителя) и Заказчик на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомлены путем подписания письменного уведомления (Приложение № 3 к настоящему договору) о том, что: в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях; несоблюдение назначений (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.

2.3. Медицинские услуги оказываются Потребителю при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя) на медицинское вмешательство и согласия на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя (представителя потребителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя (представителя потребителя) оформляется в форме письменного согласия Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика (Приложение № 4 к настоящему договору).

2.4. При наличии медицинских показаний и согласия Потребителя (представителя потребителя) проводится подбор, примерка и обучение Потребителя правилам использования ОК-линз. Параметры, режим ношения подобранных контактных линз и ухода за ними отражается в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

2.5. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем, и действующего на день оказания услуг (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя).

2.6. Оплата медицинских услуг производится Заказчиком, с согласия Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика, при заключении договора на условиях 100 % авансового платежа, на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Заказчика.

2.7. Стоимость медицинских изделий (МКЛ) и порядок расчетов определяется при оформлении индивидуального заказа на МКЛ. Оплата производится на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Заказчика (лица оплатившего заказ).

2.8. Исполнитель производит отметку о стоимости услуги, медицинских изделий (МКЛ) в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Потребителю (представителю потребителя) на руки выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг, МКЛ (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности, или иной документ, предусмотренный законодательством Российской Федерации).

2.9. По медицинским показаниям и при отсутствии у Потребителя качественного зрения в подобранных и изготовленных МКЛ по индивидуальному заказу и при условии соблюдения им рекомендаций лечащего врача, Потребителю (представителю потребителя) возвращается стоимость линз без учета оказанных медицинских услуг, либо осуществляется повторный подбор индивидуальных МКЛ без дополнительной оплаты и в случае возврата Потребителем неповрежденных линз (данное условие о возврате неповрежденных линз является обязательным).

2.10. По медицинским показаниям Потребителю может быть заказана пробная диагностическая линза. Стоимость линзы оплачивается в соответствии с Прейскурантом.

2.11. В случае неадаптиции Потребителя или трудностях с манипуляцией с линзами и при возникшем желании Потребителя отказаться от ношения МКЛ, денежные средства, оплаченные за оказанную услугу подбора линз и МКЛ не возвращаются.

2.12. Контактные линзы (в т.ч. МКЛ) являются медицинским изделием индивидуального пользования и не подлежат обмену и возврату согласно п. 2 ст. 502 Гражданского кодекса Российской Федерации, абз. 4 ч. 1 ст. 25 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-I «О защите прав потребителей», п. 1 Перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих обмену, утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 657.

2.13. Срок оказания услуг: в течение одного месяца с момента поступления в полном объеме, предусмотренном договором, денежных средств от Заказчика на лицевой счет либо в кассу Исполнителя.

2.14. В случае индивидуального заказа для Потребителя медицинских изделий, необходимых для оказания услуг, срок оказания услуг может продлеваться на период поставки медицинских изделий.

2.15. Если оказание медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания определяются согласованным с Потребителем (представителем потребителя) индивидуальным планом лечения и отражается в медицинской документации.

2.16. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя (представителя потребителя), срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

2.17. Продление срока, увеличение объема предоставляемых медицинских услуг по медицинским показаниям, предоставление дополнительных медицинских услуг, оказываемых в плановом порядке (не по экстренным показаниям), изменение стоимости медицинских услуг, оформляется дополнительным соглашением Сторон к договору.

2.18. 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.

2.19. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках госгарантий бесплатной медицинской помощи.

2.20. 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 медицинских услуг (обследования, лечения и т.п.) окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Заказчика удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченной Заказчиком по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

2.21. Информация об оказании медицинских услуг Потребителю фиксируется в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Подтверждением оказания

Потребителю платных медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Исполнителем Потребителю (представителю потребителя).

3. Права и обязанности Исполнителя.

3.1. **Исполнитель имеет право**:

- требовать от Потребителя (представителя потребителя) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (лечебно-охранительный режим, своевременность приема лекарственных препаратов, график прохождения процедур, соблюдение плана лечения, назначений и рекомендаций специалистов, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.), а также соблюдения правил внутреннего распорядка, правил техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя;
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- получать от Потребителя (представителя потребителя) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- отказать Потребителю (представителю потребителя) в предоставлении медицинской услуги Потребителю в случае отказа от медицинского вмешательства и/или невыполнения требований и рекомендаций и назначений медицинских специалистов, а также правил использования МКЛ;
- устанавливать объем и характер необходимых обследований Потребителя и/или рекомендовать Потребителю (представителю потребителя) изменить методику или тактику коррекции зрения Потребителя в случае медицинской необходимости;
- безотлагательно и безвозмездно, в случае возникновения неотложных состояний, определять объем диагностических исследований, манипуляций, медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором;
- в рамках предоставления медицинских услуг назначать Потребителю решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
- отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем (представителя потребителя) правил внутреннего распорядка, техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя, нарушении режима работы Исполнителя;
- использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.2. **Исполнитель обязан**:

- оказать услугу Потребителю согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинский помощи и предъявляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставить Потребителю (представителю потребителя) и Заказчику бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работниках, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональном образовании и квалификации); о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в адрес Исполнителя, контролирующие и надзорные органы, а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);

- соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства;
- вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, медицинских изделий, а также денежных средств, поступивших от Заказчика;
- предоставить 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;
- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика, путем предоставления Уведомления о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором (Приложение № 5 к настоящему договору);
- извещать Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика 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 Потребителю на основании дополнительного соглашения к настоящему договору или на основании отдельно заключаемого договора;
- устанавливать объем и характер необходимых обследований Потребителя и/или рекомендовать Потребителю (представителю потребителя) изменить методику или тактику коррекции зрения Потребителя в случае медицинской необходимости;
- сохранять врачебную тайну;
- выдавать Потребителю (представителю потребителя), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя (пациента) 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. Права и обязанности Потребителя (представителя потребителя).

4.1. **Потребитель (представитель потребителя) имеет право:**

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Исполнителе, о наличии лицензии и информации о предоставляемых медицинских услугах, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;
- получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями положений об организации оказания медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи;
- в доступной для него форме получить информацию о состоянии здоровья Потребителя, 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;
- в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя 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;

- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия договора. При этом в случае предварительной оплаты Заказчику возвращаются оплаченные денежные средства в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации, за вычетом стоимости фактических оказанных услуг;
- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.2. **Потребитель (представитель потребителя) обязан:**

- прибыть для получения услуги в назначенное Исполнителем время;
- информировать медицинского работника Исполнителя до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях (в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средствах), противопоказаниях, жалобах на состояние здоровья, а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, врачебных рекомендациях и направлениях на лечение, предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских организациях, у других медицинских специалистов вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии);
- обязуется не изымать из оформленных в медицинском учреждении Исполнителя: медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результаты обследований и другую медицинскую документацию;
- ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору;
- соблюдать инструкцию производителя МКЛ, инструкцию по уходу и эксплуатации МКЛ;
- точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры к Исполнителю, консультации и лечение к Исполнителю, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения. В случае возникновения осложнений в кратчайшие сроки обратиться к врачу-офтальмологу медицинского учреждения Исполнителя;
- при поступлении на лечение иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и медицинский полис (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты);
- осуществлять прием всех препаратов и проходить процедуры, рекомендованные лечащим врачом Исполнителя, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Исполнителя, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств;
- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Исполнителя в течение всего периода пребывания в медицинском учреждении Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории в медицинского учреждения Исполнителя, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией - в автомобиле Исполнителя;
- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Исполнителя.

5. Права и обязанности Заказчика.

5.1. Заказчик вправе затребовать медицинское заключение, являющееся подтверждением оказания медицинских услуг Потребителя (представителя потребителя) при наличии письменного согласия Потребителя (представителя потребителя) о предоставлении Заказчику сведений, составляющий врачебную тайну, в т.ч. информации о состоянии здоровья Потребителя.

5.2. Заказчик обязан своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг Потребителю, медицинских изделий (МКЛ), в порядке, которые определены настоящим договором.

6. Ответственность Сторон.

6.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (представителем потребителя) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания

платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы (форс - мажорных обстоятельств, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору), а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Потребителем (представителем потребителя) неполной информации о здоровье Потребителя в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения, правил внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя (представителя потребителя), в том числе при нарушении Потребителем (представителем потребителя) медицинских предписаний.

6.4. Исполнитель не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, других факторов риска, а также в случаях оказания услуг в неполном либо меньшем объеме и/или недостижения запланированного результата и/или неэффективности лечения, возникших в результате: несоблюдения Потребителем (представителем потребителя) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредставления Потребителем (представителем потребителя) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Потребителем (представителем потребителя) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Исполнителя, а также правил использования МКЛ.

7. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров.

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

7.2. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением, подписанным Сторонами.

7.3. Споры и разногласия решаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе путем переговоров, при необходимости с проведением независимой экспертизы.

7.4. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, в случае недостижения согласия Сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

8. Особые условия.

8.1. Потребитель (представитель потребителя) и Заказчик, при подписании настоящего договора, подтверждают, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Исполнителя, с Перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;
- уведомлен, что на территории медицинского учреждения Исполнителя осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной безопасности и безопасности деятельности Исполнителя, антитеррористической защищенности безопасности работников Исполнителя, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Исполнителя, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Исполнителя; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;
- предоставлена в доступной форме информация о возможности получения в иных медицинских подразделениях медицинского учреждения Исполнителя, соответствующих вида 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, за счет средств бюджета и иных источников;

- уведомлен, что медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, и оказываемые в отделении оптической коррекции зрения не предусмотрены программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая настоящий договор Потребитель (представитель Потребителя) на основании собственного волеизъявления дает свое добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящим договора;

- уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья Потребителя;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: информация о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, 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); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659, а также относящиеся к предмету договора (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);

- проинформирован(а), что сроки ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления мединских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего мединскую услугу, диагноза, возраста пациента, времени для подготовки к медицинской услуге и медицинскому вмешательству, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, тяжести состояния здоровья и иных факторов, которые могут повлиять на длительность ожидания, а также от организационной возможности проведения медицинского вмешательства;

- предупрежден(а) и осознает, что медицинская услуга является специфическим видом деятельности, по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, подверженные влиянию неподконтрольных факторов и явлений, не поддающихся в 100% случаев воле человека, эффективность оказанной медицинской помощи зависит не только от выбранной тактики лечения и действий медицинского персонала, но и от индивидуальных особенностей организма Потребителя, условий его жизнедеятельности, иных непрогнозируемых обстоятельств, в связи с чем Исполнитель даже при надлежащем выполнении своих обязательств по договору, правильном использовании установленных норм и правил, современных технологий и достижений медицинской науки, по объективным причинам не может гарантировать Потребителю (представителю потребителя) и Заказчику полного выздоровления Потребителя и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- выражает согласие на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Исполнителя https://mntkcheb.ru или в мобильном приложении.

8.2. Потребителю, по желанию Потребителя (представителя потребителя) и (или) Заказчика, могут быть оказаны дополнительные услуги немедицинского характера, оказываемые Исполнителем, стоимость которых устанавливается на основании утвержденного Прейскуранта Исполнителя и

действующего на день оказания услуги. Заказчик и (или) Потребитель (представитель потребителя) оплачивает эти услуги на условиях договора.

8.3. Потребитель (представитель потребителя) и Заказчик согласны, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Исполнитель вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, проставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

8.4. В случае отказа Потребителя (представителя потребителя) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8.5. Потребитель (представитель потребителя) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, свободно, своей волей и в своем интересе оформляет отдельное письменное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведения медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. При этом Потребитель (представитель потребителя) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, указанный отзыв оформляется в виде письменного заявления, подписанного собственноручно, оригинал подписанного заявления направляется по фактическому адресу Исполнителя Почтой России почтовым отправлением либо путем вручения нарочно: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.

9. Прочие условия.

9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

9.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

9.3. Настоящий договор составлен в 3 (трех) имеющих равную силу экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

10. Сведения об Исполнителе.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Фирменное наименование: МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.
Адрес места нахождения: 127486, г. Москва, Бескудниковский б-р, 59А.
Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 10277397146006
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 7713059497
Филиал: Чебоксарский филиал федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Адрес филиала: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.
E-mail: info@mntkcheb.ru, официальный сайт в сети «Интернет» https://mntkcheb.ru

11. Реквизиты и подписи Сторон.

Исполнитель:	**Потребитель (представитель Потребителя):**
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России	Сведения о Потребителе:
Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России	Ф.И.О.:
Юридический адрес: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а	Дата рождения:
	Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
	Адрес регистрации:
	Адрес места жительства:
	Телефон:

Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:
Л/с 30156Э31560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России//УФК по Нижегородской области, г Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

_____ /_____
Подпись Ф.И.О.

М.П.

Электронный адрес (при наличии):
Потребитель:
_____ /_____
Подпись Ф.И.О.

Сведения о законном представителе Потребителя *(Этот раздел заполняется только при заключении договора на оказание медицинских услуг лицам, не достигших 14 лет, или недееспособным гражданам)*:
Ф.И.О.:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Документ, подтверждающий полномочия законного представителя *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Представитель Потребителя:
_____ /_____
Подпись Ф.И.О.

Заказчик по договору со стороны Потребителя (представителя потребителя)

_____
Фамилия имя отчество (при наличии)

_____
документ, удостоверяющий личность: наименование, серия номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

Зарегистрирован(а) по адресу: _____
Проживающий по адресу: _____
Телефон: _____ Адрес электронной почты (если имеется): _____

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение № 1
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность исполнителя, в соответствии лицензией

В соответствии с Лицензией от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, Исполнителем осуществляется следующая медицинская деятельность по адресу места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, проспект Тракторостроителей, д. 10, выполняемые работы, оказываемые услуги:

**указывается в соответствии с действующей лицензией выполняемые работы, оказываемые услуги:*

Приложение № 2
к договору на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от «__» _____ 202___г.

ИНСТРУКЦИЯ
по уходу и эксплуатации мягких контактных линз

ОБЩЕЕ

Пожалуйста, внимательно прочтите эту инструкцию. Ее создание продиктовано заботой о Вашем здоровье!

Мягкие контактные линзы (МКЛ) предназначены для дневного ношения. Контактные линзы стерильны в оригинальной упаковке.

Ношение МКЛ запрещено при следующих состояниях:

- при покраснении глаз, светобоязни, слезотечении, рези, боли, дискомфорте в глазах;
- при покраснении, отеке или воспалении век;
- при простудных заболеваниях, насморке, заложенности носа, боли в горле, повышении температуры;
- в местах, где невозможно соблюсти все правила ухода за линзами;
- при наличии повреждений на линзе (сколов, трещин, глубоких царапин и т.д.), выраженных отложений на поверхности линзы;
- не допускается посещение в МКЛ бассейна, бани, открытых водоемов, противопоказан контакт линзы с любой жидкостью за исключением физиологического 0,9 % раствора NaCl, раствора по уходу за контактными линзами, либо глазных капель, предназначенных для пользователей контактными

Срок пользования линзами зависит от вида линз - традиционной, плановой, частой плановой, ежедневной замены.

Длительность пребывания контактных линз на глазах зависит от многих факторов: загрязненности и запыленности окружающего воздуха, условий труда, наличия глазных заболеваний и состояния здоровья человека, а также правильного ухода за линзами. Для каждого человека длительность непрерывного ношения контактных линз индивидуальна. Во всех случаях режим ношения и замену контактных линз определяет врач, осуществляющий наблюдение за Вами.

НАДЕВАНИЕ ЛИНЗЫ

Обработка рук

- Вымойте руки с мылом, а затем насухо вытрите их полотенцем, не оставляющим волокон;
- длина ногтей должна исключить возможность повреждения ими линз;
- перед установкой линз ни в коем случае не мажьте лицо или руки жирными косметическими средствами. Макияж так же лучше нанести после процедуры надевания.

Установка линз

- Вытащив линзу, подержите ее на кончике пальца в течение нескольких секунд, давая ей немного высохнуть;
- убедитесь в том, что она не вывернута наружу и не повреждена;
- положите линзу на кончик указательного пальца и аккуратно поднесите к глазу;
- средним пальцем этой же руки оттяните вниз нижнее веко;
- свободной рукой приподнимите верхнее веко и осторожно положите линзу на глаз;
- медленно отпустите веко и немного поморгайте, чтобы привыкнуть.

Внимание: устанавливайте линзу всегда на один и тот же глаз! То есть ту, которую вы носили на левом, нельзя помещать на правый!

ЦЕНТРИРОВАНИЕ ЛИНЗЫ

В случае, если линза по какой-то причине сместилась в сторону, совершите следующий ряд действий:

1 вариант (с закрытыми веками):

- закройте глаза;
- начинайте осторожно массировать веки, перемещая линзу в центр глаза.

2 вариант (с открытыми веками):

- надавите на край верхнего или нижнего века;
- не закрывая глаз, аккуратно переместите линзу на нужное место.

СНЯТИЕ ЛИНЗЫ

- Вымойте руки с мылом;
- прикройте тот глаз, который будете освобождать от линзы вторым;

- посмотрите наверх;
- указательным пальцем аккуратно спустите линзу вниз;
- большим и указательным пальцами осторожно сожмите линзу и снимите ее.

Внимание: всегда удаляйте линзы перед тем, как лечь спать! Если линза прилипла к глазу и неподвижна, закапайте увлажняющее средство и дождитесь ее свободного перемещения.

УХОД ЗА ЛИНЗАМИ

- Уход за линзами включает механическую очистку и дезинфекцию линз. Для этого используются универсальные многофункциональные растворы, предназначенные для ухода за мягкими линзами, рекомендованные Вашим лечащим врачом.
- Механическая очистка необходима для удаления отложений с поверхности линзы, а дезинфекция – для удаления болезнетворных возбудителей. Линзы должны очищаться механически ежедневно после снятия. Для этого положите линзу на ладонную поверхность кисти наружной (выпуклой) стороной вниз и налейте в нее небольшой количество раствора. Подушечкой указательного пальца другой руки очистите линзу круговыми движениями, прилагая небольшое усилие. Затем ополосните линзу физиологическим раствором NaCl.
- Для дезинфекции линз, поместите их в контейнер и оставьте их на тот срок, который указан производителем раствора в инструкции. Линзы должны быть полностью погружены в раствор! Никогда не используйте один и тот же раствор в контейнере повторно!

Необходимо всегда внимательно изучить инструкцию к раствору и следовать ей. Несоблюдение инструкции может привести к осложнениям со стороны глаз и потере зрения!

Всегда консультируйтесь с лечащим врачом при замене раствора на раствор другого производителя. Следует применять растворы, рекомендованные для жестких линз.

Линзы нельзя нагревать и кипятить! Это может привести к повреждению и деформации линз!

Внимание: никогда не промывайте линзы обычной водой! После надевания линз ополосните контейнер свежим раствором и дайте ему высохнуть. Для этого переверните контейнер и положите его на сухую чистую ткань. Заменяйте контейнер каждый месяц.

РЕЖИМ АДАПТАЦИИ К ЛИНЗАМ

Первый день линзы носят по 4 часа, далее каждые день добавляют 1 час к предыдущему времени, доведя целого дня. Максимальное время ежедневного ношения, срок замены линз, график повторных визитов согласовывается с Вашим лечащим врачом.

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

- Всегда надевайте линзы перед нанесением макияжа и снимайте перед снятием макияжа.
- Не допускайте попадания косметики, аэрозолей, водопроводной воды или слюны на линзы. Недопустим контакт линз с водой (водопроводной, морской, пресных водоемов, бутилированной водой и т.д.)!!!
- Всегда обращайтесь с линзами аккуратно, предварительно помыв руки, избегая длинных ногтей. Поврежденную линзу надевать нельзя!
- Если глаза покраснели, раздражены или болят, немедленно снимите линзы и обратитесь к специалисту.
- Обязательно снимайте линзы перед сном, если линзы не предназначены для ношения во время сна и/или специалистом не предложен другой режим ношения, и не носите их дольше рекомендованного вашим специалистом срока. Режим ношения контактных линз определяется специалистом.
- После истечения срока годности линзу необходимо заменить на новую. При наличии повреждений или отложений на линзе срок годности линзы может сокращаться.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна. Я инструктирован(а) в отношении техники ухода и использования МК-линз и полностью несу ответственность за нарушения правил этой техники, а также этой инструкции.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 3

к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
Потребителя (Представителя потребителя) и Заказчика
о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)
Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу)

Исполнитель на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомляет Потребителя, (представителя потребителя и Заказчика о том, что:

– в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

– несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, иного медицинского работника, 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.

Уведомлен(а) и согласен(на) соблюдать указания (рекомендации) лечащего врача, иного медицинского работника, назначенный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, а также правила поведения пациента в медицинской организации исполнителя.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Заказчик:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 4
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___

СОГЛАСИЕ
Потребителя (Представителя Потребителя) и Заказчика
на отступление от стандарта медицинской помощи

В соответствии с п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 подтверждаю и согласовываю оказание Потребителю платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Заказчик:

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 5
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором

В соответствии с п. 26 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 Исполнитель предупреждает Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика о том, что при предоставлении платных медицинских услуг в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, а именно:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____ (сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

В связи с указанным обстоятельством предлагаем подписать дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Заказчик:

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 10
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

ДОГОВОР № _____
(трехсторонний) на оказание платных медицинских услуг
в Отделении оптической коррекции зрения
(очковая коррекция зрения)

г. Чебоксары «___» _____ 20___ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, в лице _____ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России _____, действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
именуемый(ая) в дальнейшем **«Потребитель»**

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан

Я, _____

документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)

_____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)
Пациента _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)

дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____ (число, месяц, год рождения)

именуемый(ая) в дальнейшем **представитель потребителя**,

с другой стороны,
а также гражданин(ка) _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)

документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)

_____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

именуемый(ая) в дальнейшем **«Заказчик»**, с третьей стороны
совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. В соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Потребителя (представителя потребителя), Исполнитель в соответствии с Правилами предоставления

медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, действуя с добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя), предоставляет Потребителю платные медицинские услуги с применением изделий медицинского назначения и медикаментов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации согласно действующему законодательству Российской Федерации, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, в т.ч. в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а Заказчик по договору со стороны Потребителя (представителя потребителя) оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.2. Получателем платных медицинских услуг по договору является Потребитель. Исполнитель оказывает услуги по договору по адресу места осуществления лицензируемого вида медицинской деятельности в соответствии Перечнем выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанным в едином реестре лицензий Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Приложение № 1 к настоящему договору). Сведения о лицензии и перечень медицинских услуг размещены на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: https://mntkcheb.ru, а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя.

1.3. Перечень услуг и их стоимость по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на платные медицинские услуги, в соответствии с необходимым объемом услуг и составляет:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

1.4. Очки корригирующие (далее по тексту - очки) являются медицинским изделием, предназначены для коррекции зрения, подбор которых осуществляется медицинским работником Исполнителя при оказании медицинских услуг Потребителю в соответствии с настоящим договором после прохождения диагностического обследования органа зрения Потребителя и подбора очковой коррекции зрения.

Очки изготавливаются по индивидуальным параметрам Потребителя под заказ, в котором отражаются данные и параметры, необходимые для изготовления очков, стоимость и сроки изготовления очков. Процесс подбора линз для очков Потребителя может быть многоэтапным, в случае необходимости может понадобиться дополнительное обследование и/или пробный подбор очков.

Очки подлежат использованию строго в соответствии с инструкцией производителя и рекомендациями лечащего врача.

Инструкция по эксплуатации, уходу за очками и линзами является неотъемлемой частью договора (Приложение № 2 к настоящему договору).

Согласно ст. 470 Гражданского кодекса Российской Федерации законную гарантию на качество линз и оправы для очков предоставляет производитель (изготовитель), что подтверждает передачу Потребителю товара, прошедшего производственный контроль.

Очки корригирующие изготавливаются в соответствии с Национальным стандартом РФ ГОСТ Р 51193-2009 «Оптика офтальмологическая. Очки корригирующие. Общие технические условия» (утв. Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 15.12.2009 № 831-ст), с изменениями и дополнениями.

Изготовитель гарантирует надежность соединения линз с оправой в течение 6 (шести) месяцев со дня получения очков при соблюдении Потребителем правил эксплуатации. Механические повреждения оправ или разбитые очковые линзы не являются основанием для претензий изготовителю очков (пункты 10.1., 10.2. Национального стандарта РФ ГОСТ Р 51193-2009).

1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика. При согласии Потребителя

(представителя потребителя) и Заказчика на предоставление соответствующих медицинских услуг Сторонами оформляется дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действующим на день оказания услуг, либо оформляется новый договор на оказание платных медицинских услуг.

1.6. В соответствии с п. 3 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является Пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Условия, порядок, сроки оказания услуг и порядок расчетов.

2.1. Медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, предусмотренные договором с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, административного режима работы подразделений Исполнителя и требований действующего законодательства Российской Федерации. Дата и время оказания медицинских услуг определяются по предварительной записи, если иное не согласовано Сторонами.

2.2. При подписании настоящего договора Потребитель (представитель потребителя) и Заказчик на основании пункта 20, подпункта «и» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомлены путем подписания письменного уведомления (Приложение № 3 к настоящему договору) о том, что: в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях; несоблюдение назначений (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.

2.3. Медицинские услуги оказываются Потребителю при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя) на медицинское вмешательство и согласия на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя (представителя потребителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя (представителя потребителя) оформляется в форме письменного согласия Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика (Приложение № 4 к настоящему договору).

2.4. При наличии медицинских показаний и согласия Потребителя (представителя потребителя) проводится пробный подбор очков, примерка и обучение Потребителя правилам использования очков. Параметры, режим ношения подобранных очков и ухода за ними отражается в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

2.5. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем, и действующего на день оказания услуг (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя).

2.6. Оплата медицинских услуг производится Заказчиком, с согласия Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика, при заключении договора на условиях 100 % авансового платежа, на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Заказчика.

2.7. Стоимость оправы для очков, очковых линз определяется на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем, действующего на день оплаты (информация размещена информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя). Стоимость и порядок расчетов за изготовление очков определяется при оформлении индивидуального заказа на изготовление очков. Оплата производится на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем

бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Заказчика (лица оплатившего заказ).

2.8. Исполнитель производит отметку о стоимости услуги, медицинских изделий (очков) в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Заказчику (лицу оплатившему заказ) на руки выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг, очков (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности, или иной документ, предусмотренный законодательством Российской Федерации).

2.9. В случае отказа Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика от заказа очков с индивидуально заказанными линзами (линзами, которые Исполнитель заказывает непосредственно у изготовителя или иного поставщика очковых линз) до их изготовления Заказчику (лицу оплатившему заказ) возвращается сумма, оплаченная Заказчиком Исполнителю за вычетом фактически понесенных расходов Исполнителя, связанных с исполнением обязательств по заказу у изготовителя (поставщика) очковых линз, в виде стоимости индивидуально заказанных линз.

2.10. Необоснованный отказ Потребителя (представителя потребителя), Заказчика от приёмки уже изготовленных очков, включая очки с индивидуально заказанными линзами, по причинам, не связанным с виной Исполнителя, возможен лишь при полном возмещении Исполнителю стоимости заказанных линз и стоимости работы по изготовлению очков.

2.11. Линзы очковые являются медицинским изделием индивидуального пользования и не подлежат обмену и возврату согласно п. 2 ст. 502 Гражданского кодекса Российской Федерации, абз. 4 ч. 1 ст. 25 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-I «О защите прав потребителей», п. 1 Перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих обмену, утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 657.

2.12. По медицинским показаниям Потребителю может быть назначено лечащим врачом плановое динамическое наблюдение с контрольными визитами в установленные сроки.

2.13. В случае неадаптации Потребителя к очкам и при возникшем желании Потребителя отказаться от ношения очков, денежные средства, оплаченные за оказанную услугу подбора очковой коррекции зрения не возвращаются.

2.14. Срок оказания услуг: в течение одного месяца с момента поступления в полном объеме, предусмотренном договором, денежных средств от Заказчика на лицевой счет либо в кассу Исполнителя.

2.15. В случае индивидуального заказа для Потребителя медицинских изделий, необходимых для оказания услуг, срок оказания услуг может продлеваться на период поставки медицинских изделий.

2.16. Если оказание медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания определяются согласованным с Потребителем (представителем потребителя) индивидуальным планом лечения и отражается в медицинской документации.

2.17. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя (представителя потребителя), срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

2.18. Продление срока, увеличение объема предоставляемых медицинских услуг по медицинским показаниям, предоставление дополнительных медицинских услуг, оказываемых в плановом порядке (не по экстренным показаниям), изменение стоимости медицинских услуг, оформляется дополнительным соглашением Сторон к договору.

2.19. 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.

2.20. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках госгарантий бесплатной медицинской помощи.

2.21. 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 медицинских услуг (обследования, лечения и т.п.) окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Заказчика удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченной Заказчиком по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

2.22. Информация об оказании медицинских услуг Потребителю фиксируется в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Подтверждением оказания Потребителю платных медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Исполнителем Потребителю (представителю потребителя).

3. Права и обязанности Исполнителя.

3.1. **Исполнитель имеет право**:

- требовать от Потребителя (представителя потребителя) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (лечебно-охранительный режим, своевременность приема лекарственных препаратов, график прохождения процедур, соблюдение плана лечения, назначений и рекомендаций специалистов, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.), а также соблюдения правил внутреннего распорядка, правил техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя;
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- получать от Потребителя (представителя потребителя) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- отказать Потребителю (представителю потребителя) в предоставлении медицинской услуги Потребителю в случае отказа от медицинского вмешательства и/или выявления у Потребителя противопоказаний к проведению медицинского вмешательства и/или невыполнения требований и рекомендаций и назначений медицинских специалистов, а также инструкции производителя очковой оправы и/или очковых линз, инструкции по эксплуатации, уходу за очками и линзами;
- устанавливать объем и характер необходимых обследований Потребителя и/или рекомендовать Потребителю (представителю потребителя) изменить методику или тактику коррекции зрения Потребителя в случае медицинской необходимости;
- безотлагательно и безвозмездно, в случае возникновения неотложных состояний, определять объем диагностических исследований, манипуляций, медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором;
- в рамках предоставления медицинских услуг назначать Потребителю решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
- отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем (представителя потребителя) правил внутреннего распорядка, техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя, нарушении режима работы Исполнителя;
- использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.2. **Исполнитель обязан**:

- оказать услугу Потребителю согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинской помощи и предъявляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставить Потребителю (представителю потребителя) и Заказчику бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работниках, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональном образовании и квалификации); о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при

их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в адрес Исполнителя, контролирующие и надзорные органы, а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);

- соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства;
- вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, медицинских изделий, а также денежных средств, поступивших от Заказчика;
- предоставить 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;
- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика, путем предоставления Уведомления о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором (Приложение № 5 к настоящему договору);
- извещать Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика 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 Потребителю на основании дополнительного соглашения к настоящему договору или на основании отдельно заключаемого договора;
- устанавливать объем и характер необходимых обследований Потребителя и/или рекомендовать Потребителю (представителю потребителя) изменить методику или тактику коррекции зрения Потребителя в случае медицинской необходимости;
- сохранять врачебную тайну;
- выдавать Потребителю (представителю потребителя), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя (пациента) 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. Права и обязанности Потребителя (представителя потребителя).

4.1. **Потребитель (представитель потребителя) имеет право:**

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Исполнителе, о наличии лицензии и информации о предоставляемых медицинских услугах, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;
- получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями положений об организации оказания медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи;
- в доступной для него форме получить информацию о состоянии здоровья Потребителя, 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;
- в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя 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;
- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия договора. При этом в случае предварительной оплаты Заказчику возвращаются оплаченные денежные средства в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации, за вычетом стоимости фактических оказанных услуг;
- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.2. **Потребитель (представитель потребителя) обязан:**

- прибыть для получения услуги в назначенное Исполнителем время;
- информировать медицинского работника Исполнителя до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях (в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средствах), противопоказаниях, жалобах на состояние здоровья, а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, врачебных рекомендациях и направлениях на лечение, предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских организациях, у других медицинских специалистов вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии);
- обязуется не изымать из оформленных в медицинском учреждении Исполнителя: медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результаты обследований и другую медицинскую документацию;
- ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору;
- соблюдать инструкцию производителей очковых линз, оправы для очков, инструкцию по эксплуатации, уходу за очками и линзами;
- точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры к Исполнителю, консультации и лечение к Исполнителю, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения. В случае возникновения осложнений в кратчайшие сроки обратиться к врачу-офтальмологу медицинского учреждения Исполнителя;
- при поступлении на лечение иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и медицинский полис (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты);
- осуществлять прием всех препаратов и проходить процедуры, рекомендованные лечащим врачом Исполнителя, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Исполнителя, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств;
- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Исполнителя в течение всего периода пребывания в медицинском учреждении Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории в медицинского учреждения Исполнителя, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией - в автомобиле Исполнителя;
- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Исполнителя.

5. Права и обязанности Заказчика.

5.1. Заказчик вправе затребовать медицинское заключение, являющееся подтверждением оказания медицинских услуг Потребителя (представителя потребителя) при наличии письменного согласия

Потребителя (представителя потребителя) о предоставлении Заказчику сведений, составляющий врачебную тайну, в т.ч. информации о состоянии здоровья Потребителя.

5.2. Заказчик обязан своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг Потребителю, медицинских изделий (МКЛ), в порядке, которые определены настоящим договором.

6. Ответственность Сторон.

6.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (представителем потребителя) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы (форс - мажорных обстоятельств, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору), а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Потребителем (представителем потребителя) неполной информации о здоровье Потребителя в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения, правил внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя (представителя потребителя), в том числе при нарушении Потребителем (представителем потребителя) медицинских предписаний.

5.1. Исполнитель не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, других факторов риска, а также в случаях оказания услуг в неполном либо меньшем объеме и/или недостижения запланированного результата и/или неэффективности лечения, возникших в результате: несоблюдения Потребителем (представителем потребителя) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредставления Потребителем (представителем потребителя) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Потребителем (представителем потребителя) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Исполнителя, а также инструкции производителя оправы и/или очковых линз, инструкции по эксплуатации, уходу за очками и линзами.

7. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров.

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

7.2. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением, подписанным Сторонами.

7.3. Споры и разногласия решаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе путем переговоров, при необходимости с проведением независимой экспертизы.

7.4. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, в случае недостижения согласия Сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

8. Особые условия.

8.1. Потребитель (представитель потребителя) и Заказчик, при подписании настоящего договора, подтверждают, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Исполнителя, с Перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;
- уведомлен, что на территории медицинского учреждения Исполнителя осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной

безопасности и безопасности деятельности Исполнителя, антитеррористической защищенности безопасности работников Исполнителя, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Исполнителя, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Исполнителя; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;
- предоставлена в доступной форме информация о возможности получения в иных медицинских подразделениях медицинского учреждения Исполнителя, соответствующих вида 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, за счет средств бюджета и иных источников;
- уведомлен, что медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, и оказываемые в отделении оптической коррекции зрения не предусмотрены программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая настоящий договор Потребитель (представитель Потребителя) на основании собственного волеизъявления дает свое добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящим договора;
- уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья Потребителя;
- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: информация о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, 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); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659, а также относящиеся к предмету договора (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mnikcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);
- проинформирован(а), что сроки ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления мединских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего мединскую услугу, диагноза, возраста пациента, времени для подготовки к медицинской услуге и медицинскому вмешательству, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, тяжести состояния здоровья и иных факторов, которые могут повлиять на длительность ожидания, а также от организационной возможности проведения медицинского вмешательства;
- предупрежден(а) и осознает, что медицинская услуга является специфическим видом деятельности, по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, подверженные влиянию неподконтрольных факторов и явлений, не поддающихся в 100% случаев воле человека, эффективность оказанной медицинской помощи зависит не только от выбранной тактики лечения и действий медицинского персонала, но и от индивидуальных особенностей организма Потребителя, условий его жизнедеятельности, иных непрогнозируемых обстоятельств, в связи с чем Исполнитель даже при надлежащем выполнении своих обязательств по договору, правильном использовании установленных норм и правил, современных технологий и достижений медицинской науки, по

объективном причинам не может гарантировать Потребителю (представителю потребителя) и Заказчику полного выздоровления Потребителя и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- выражает согласие на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Исполнителя https://mntkcheb.ru или в мобильном приложении.

8.2. Потребителю, по желанию Потребителя (представителя потребителя) и (или) Заказчика, могут быть оказаны дополнительные услуги немедицинского характера, оказываемые Исполнителем, стоимость которых устанавливается на основании утвержденного Прейскуранта Исполнителя и действующего на день оказания услуги. Заказчик и (или) Потребитель (представитель потребителя) оплачивает эти услуги на условиях договора.

8.3. Потребитель (представитель потребителя) и Заказчик согласны, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Исполнитель вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, проставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

8.4. В случае отказа Потребителя (представителя потребителя) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8.5. Потребитель (представитель потребителя) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, свободно, своей волей и в своем интересе оформляет отдельное письменное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведения медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. При этом Потребитель (представитель потребителя) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, указанный отзыв оформляется в виде письменного заявления, подписанного собственноручно, оригинал подписанного заявления направляется по фактическому адресу Исполнителя Почтой России почтовым отправлением либо путем вручения нарочно: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.

9. Прочие условия.

9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

9.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

9.3. Настоящий договор составлен в 3 (трех) имеющих равную силу экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

10. Сведения об Исполнителе.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Фирменное наименование: МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.

Адрес места нахождения: 127486, г. Москва, Бескудниковский б-р, 59А.

Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 10277397146006

Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 7713059497

Филиал: Чебоксарский филиал федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Адрес филиала: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.

E-mail: info@mntkcheb.ru, официальный сайт в сети «Интернет» https://mntkcheb.ru

11. Реквизиты и подписи Сторон.

Исполнитель:

ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Юридический адрес: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а
Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:
Л/с 30156Э31560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России//УФК по Нижегородской области, г Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

М.П.

Потребитель (представитель Потребителя):

Сведения о Потребителе:
Ф.И.О.:
Дата рождения:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Потребитель:

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Сведения о законном представителе Потребителя *(Этот раздел заполняется только при заключении договора на оказание медицинских услуг лицам, не достигшим 14 лет, или недееспособным гражданам)*:
Ф.И.О.:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Документ, подтверждающий полномочия законного представителя *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Представитель Потребителя:

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Заказчик по договору со стороны Потребителя (представителя потребителя)

_____
Фамилия имя отчество (при наличии)

_____
документ, удостоверяющий личность: наименование, серия номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

Зарегистрирован(а) по адресу: _____
Проживающий по адресу: _____
Телефон: _____ Адрес электронной почты (если имеется): _____

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение № 1
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность исполнителя, в соответствии лицензией

В соответствии с Лицензией от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, Исполнителем осуществляется следующая медицинская

деятельность по адресу места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, проспект Тракторостроителей, д. 10, выполняемые работы, оказываемые услуги:

**указывается в соответствии с действующей лицензией выполняемые работы, оказываемые услуги:*

Приложение № 2
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

Приложение № 2
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

ИНСТРУКЦИЯ
по эксплуатации, уходу за очками и линзами

Общее

Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с данной инструкцией. Ее создание продиктовано заботой о Вашем здоровье!

Очки корригирующие, предназначены для коррекции проблем с фокусировкой зрения, таких как близорукость, дальнозоркость, астигматизм или пресбиопия. Они позволяют человеку видеть чётче и комфортнее, снижая нагрузку на глаза.

В отличие от очков с прозрачными линзами без диоптрий, которые могут быть декоративными или выполнять защитные функции (например, фильтрация синего света), корригирующие очки обязательно имеют диоптрии, подобранные на основе результатов офтальмологического обследования. Такие линзы направлены на исправление конкретных оптических недостатков.

ВАЖНО:

- очки корригирующие не лечат заболевания глаз и его придаточного аппарата, а лишь компенсируют оптические недостатки зрения на время ношения очков;
- подбор очков является индивидуальным, его осуществляет врач-офтальмолог или медицинский оптик-оптометрист после обследования органа зрения. При этом, медицинским специалистом учитывается не только заболевание органа зрения и его придаточного аппарата, степень нарушения зрения, но и межзрачковое расстояние, особенности зрения и образ жизни пациента.
- очки необходимо носить регулярно. Если при близорукости или дальнозоркости носить их не постоянно, а от случая к случаю, это может способствовать прогрессированию нарушения;
- если Вы заметили, что зрение стало хуже, обязательно обратитесь к врачу-офтальмологу. Только специалист сможет правильно диагностировать проблему и подобрать подходящие корригирующие очки.

Правила эксплуатации, ухода за очками и линзами

- очки предназначены для ношения на лице, опираясь при этом упорами на нос, а заушниками на уши. Носить очки на голове или в качестве ободка не допускается;
- снимать и надевать очки необходимо обязательно придерживая за заушники и только двумя руками, во избежание деформации оправы;
- очки следует хранить в специальном жестком футляре для очков, соответствующему размеру при температуре от (-10) до (+35)°С. При хранении изделие необходимо оборачивать салфеткой, для очков;
- в целях правильного ухода очковые линзы следует протирать специальной салфеткой из микрофибры. Для ежедневной очистки рекомендуется пользоваться специальным очищающим спреем. При сильном загрязнении промывать раствором нейтрального мыла или неагрессивного моющего средства в воде при температуре не выше плюс 40°С или пользоваться специальными жидкостями для очистки очковых линз, затем протирать чистой мягкой салфеткой. Не использовать грязные или жесткие салфетки, которые могут повредить поверхности изделия, кожа, замша – исключены.
- не допускается применение органических растворителей (спирт, ацетон, толуол и т.п.) и едких химических веществ для протирки очков. Не допускается применение для очистки линз алкогольных, спиртосодержащих веществ и стеклоочистителей;

- рекомендуется регулярно (1 раз в 3 месяца) производить ультразвуковую чистку в оптическом салоне;
- будьте аккуратны: кислоты, щелочи, уходовая косметика в виде спреев, лаки для волос могут повредить линзы ваших очков, молекулы этих веществ оседают на линзах, и их трудно очистить. При попадании этих веществ на линзы хорошо промойте и высушите их без промедления;
- не допускается класть очки линзами на твердую поверхность, полировка линз невозможна, берегите их от появления царапин, трещин, сколов и прочих повреждений;
- не допускается подвергать очки механическим воздействиям, а также вибрационным и ударным нагрузкам, воздействию химреактивов, избегайте контактов изделия с алкоголем, бензином, растворителями или материалами, содержащими какие-либо из химикатов (клей, чистящие средства, краска), т.к. это может привести изделие в негодность;
- не допускается прикладывать к очкам значительные механические усилия;
- не допускается пользоваться очками в помещениях с температурой выше плюс 60°С, в том числе в бане, сауне и пр.;
- избегайте воздействия на очки прямых лучей солнца, нагрева очков и не подвергайте очки резким перепадам температуры: это неизбежно испортит покрытие линз и деформирует оправу. Не кладите очки на приборную панель автомобиля, вблизи открытого огня, отопительных приборов, электроплит, нагревательных систем, иных тепловых источников, при проведении сварочных работ без защитной маски, при работе с разогретыми духовками, при пользовании феном для волос и в других ситуациях, когда невозможно проконтролировать степень нагревания изделия;
- с осторожностью используйте очки на пляже, не допуская соприкосновения линз с нагретыми солнцем поверхностями;
- очки не предназначены для купания в водоёмах и соленой воде. Металлические части оправы могут окислиться: появится неприятный зелёный налёт;
- избегайте соприкосновения очковых линз с песком, иными абразивными материалами, т.к. на линзах могут образоваться повреждения, царапины и т.п.;
- не допускайте падения очков с высоты более 0,5 м на твердую поверхность;
- в случае деформации оправы, ослаблении креплений и соединений, а также при возникновении других неисправностей необходимо обратиться в салон оптики. Самостоятельный ремонт не допускается;
- необходимо регулярно проверять затяжку винтов, крепящих заушник к оправе и линзы в металлической и безободковой оправах;
- регулярно проверяйте посадку очков в оптике, т.к. даже минимальные изменения в их посадке могут повлечь искажения зрения и дискомфорт;
- не пользуйтесь очками с повреждёнными, поцарапанными линзами;
- не рекомендуется использовать очки с деревянными заушниками во время работ или занятий, вызывающих усиленное потоотделение. Со временем возможны изменения цвета и текстуры дерева. Причинами изменений цвета и текстуры дерева являются: кислотность человеческого пота, естественный процесс старения, подверженность солнечному облучению. Изменения цвета и текстуры под воздействием пота, жира или косметики не являются дефектом и поэтому не считаются гарантийным случаем. Дерево меняет цвет под воздействием естественного старения и солнечных лучей. Этот случай также не считается гарантийным;
- очки с кожаной отделкой по рамке и изделия из кожи не предназначены для постоянного ношения. Причинами изменения цвета и текстуры является кислотность человеческого пота.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна. Я инструктирован(а) в отношении техники ухода и использования очков и полностью несу ответственность за нарушения правил этой техники, а также этой инструкции.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 3
к договору на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
Потребителя (Представителя потребителя) и Заказчика
о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)
Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу)

Исполнитель на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомляет Потребителя, (представителя потребителя и Заказчика о том, что:

– в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

– несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, иного медицинского работника, 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.

Уведомлен(а) и согласен(на) соблюдать указания (рекомендации) лечащего врача, иного медицинского работника, назначенный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, а также правила поведения пациента в медицинской организации исполнителя.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Заказчик:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 4
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___

СОГЛАСИЕ
Потребителя (Представителя Потребителя) и Заказчика
на отступление от стандарта медицинской помощи

В соответствии с п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 подтверждаю и согласовываю оказание Потребителю платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Заказчик:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 5
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг,
не предусмотренных договором

В соответствии с п. 26 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 Исполнитель предупреждает Потребителя (представителя потребителя) и Заказчика о том, что при предоставлении платных медицинских услуг в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, а именно:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

В связи с указанным обстоятельством предлагаем подписать дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна.

Потребитель (Представитель потребителя):

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Заказчик:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 11
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
с согласия законного представителя несовершеннолетнего лица в возрасте 14-18лет
в Отделении оптической коррекции зрения

г. Чебоксары «___» _____ 20 ___ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, в лице _____ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России _____, действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) – полностью, дата рождения)
медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
именуемый(ая) в дальнейшем «**Потребитель**», с другой стороны,
с согласия законного представителя _____ Потребителя
(указать: мать, отец, усыновитель, опекуном, попечитель)
гражданина(ки) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя - полностью)
документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)
_____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. В соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Потребителя (представителя потребителя), Исполнитель в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, действуя с добровольного согласия Потребителя и его законного представителя, предоставляет Потребителю платные медицинские услуги с применением изделий медицинского назначения и медикаментов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации согласно действующему законодательству Российской Федерации, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, в т.ч. в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а Потребитель с согласия законного представителя Потребителя оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).
1.2. Получателем платных медицинских услуг по договору является Потребитель. Исполнитель оказывает услуги по договору по адресу места осуществления лицензируемого вида медицинской деятельности в соответствии Перечнем выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих

медицинскую деятельность, указанным в едином реестре лицензий Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Приложение № 1 к настоящему договору). Сведения о лицензии и перечень медицинских услуг размещены на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: https://mntkcheb.ru, а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя.
1.3. Перечень услуг и их стоимость по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на платные медицинские услуги, в соответствии с необходимым объемом услуг и составляет:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)
без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.
1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя. При согласии Потребителя и его законного представителя на предоставление соответствующих медицинских услуг Сторонами с согласия законного представителя Потребителя оформляется дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действующим на день оказания услуг, либо оформляется новый договор на оказание платных медицинских услуг.
1.5. В соответствии с п. 3 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является Пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Условия, порядок, сроки оказания услуг и порядок расчетов.

2.1. Медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, предусмотренные договором с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, административного режима работы подразделений Исполнителя и требований действующего законодательства Российской Федерации. Дата и время оказания медицинских услуг определяются по предварительной записи, если иное не согласовано Сторонами.
2.2. При подписании настоящего договора Потребитель и его законный представитель на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомлен путем подписания письменного уведомления (Приложение № 2 к настоящему договору) о том, что: в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях; несоблюдение назначений (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.
2.3. Медицинские услуги оказываются Потребителю при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя) на медицинское вмешательство и согласия на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя (законного представителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме,

превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя оформляется в форме письменного согласия Потребителя и его законного представителя (Приложение № 3 к настоящему договору).

2.4. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем, и действующего на день оказания услуг (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя).

2.5. Оплата производится, с согласия Потребителя и его законного представителя, при заключении договора на условиях 100 % авансового платежа, на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Потребителя.

2.6. Исполнитель производит отметку о стоимости услуги в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Потребителю на руки выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности, или иной документ, предусмотренный законодательством Российской Федерации).

2.7. Срок оказания услуг: в течение одного месяца с момента поступления в полном объеме, предусмотренном договором, денежных средств от Потребителя на лицевой счет либо в кассу Исполнителя.

2.8. В случае индивидуального заказа для Потребителя медицинских изделий, необходимых для оказания услуг, срок оказания услуг может продлеваться на период поставки медицинских изделий.

2.9. Если оказание медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания определяются согласованным с Потребителем (законным представителем) индивидуальным планом лечения и отражается в медицинской документации.

2.10. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя с согласия законного представителя, срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

2.11. Продление срока, увеличение объема предоставляемых медицинских услуг по медицинским показаниям, предоставление дополнительных медицинских услуг, оказываемых в плановом порядке (не по экстренным показаниям), изменение стоимости медицинских услуг, оформляется с согласия законного представителя Потребителя дополнительным соглашением Сторон к договору.

2.12. 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.

2.13. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках госгарантий бесплатной медицинской помощи.

2.14. 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 медицинских услуг (обследования, лечения и т.п.) окажется невозможным, Стороны с согласия законного представителя подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченной Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

2.15. Информация об оказании медицинских услуг Потребителю фиксируется в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Подтверждением оказания Потребителю платных медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Исполнителем Потребителю.

3. Права и обязанности Исполнителя.

3.1. **Исполнитель имеет право**:

- требовать от Потребителя (законного представителя) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (лечебно-охранительный режим, своевременность приема лекарственных препаратов, график прохождения процедур, соблюдение плана лечения, назначений и рекомендаций специалистов, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.), а также соблюдения правил внутреннего распорядка, правил техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя;
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- получать от Потребителя (законного представителя) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- отказать Потребителю в предоставлении медицинской услуги Потребителю в случае отказа от медицинского вмешательства и/или невыполнения требований и рекомендаций и назначений медицинских специалистов;
- безотлагательно и безвозмездно, в случае возникновения неотложных состояний, определять объем диагностических исследований, манипуляций, медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором;
- в рамках предоставления медицинских услуг назначать Потребителю решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
- отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка, техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя, нарушении режима работы Исполнителя;
- использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.2. **Исполнитель обязан**:

- оказать услугу Потребителю согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинский помощи и предъявляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставить Потребителю (законному представителю) бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работниках, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональном образовании и квалификации); о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в адрес Исполнителя, контролирующие и надзорные органы, а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);
- соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства;
- вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя;
- предоставить 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;

- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;

- в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Потребителя и его законного представителя, путем предоставления Уведомления о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором (Приложение № 4 к настоящему договору);

- извещать Потребителя и его законного представителя 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 Потребителю на основании заключенных с согласия законного представителя Потребителя дополнительного соглашения к настоящему договору или на основании отдельно заключаемого договора;

- сохранять врачебную тайну;

- выдавать Потребителю (законному представителю), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя (пациента) 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. Права и обязанности Потребителя (законного представителя).

4.1. **Потребитель (законный представитель) имеет право:**

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Исполнителе, о наличии лицензии и информации о предоставляемых медицинских услугах, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;

- получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями положений об организации оказания медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи;

- в доступной для него форме получить информацию о состоянии здоровья Потребителя, 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;

- в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя 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;

- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Потребителю возвращаются оплаченные денежные средства в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации, за вычетом стоимости фактических оказанных услуг;

- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.2. **Потребитель (законный представитель) обязан:**

- прибыть для получения услуги в назначенное Исполнителем время;

- информировать медицинского работника Исполнителя до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях (в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства), противопоказаниях, жалобах на состояние здоровья, а также сообщить все

известные сведения о состоянии своего здоровья, заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, врачебных рекомендациях и направлениях на лечение, предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских организациях, у других медицинских специалистов вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии);

- обязуется не изымать из оформленных в медицинском учреждении Исполнителя: медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результаты обследований и другую медицинскую документацию;

- ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору;

- точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры к Исполнителю, консультации и лечение к Исполнителю, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения;

- своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг в порядке, которые определены настоящим договором;

- при поступлении на лечение иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и медицинский полис (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты);

- осуществлять прием всех препаратов и проходить процедуры, рекомендованные лечащим врачом Исполнителя, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Исполнителя, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств;

- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Исполнителя в течение всего периода пребывания в медицинском учреждении Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории в медицинского учреждения Исполнителя, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией - в автомобиле Исполнителя;

- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Исполнителя.

5. Ответственность Сторон.

5.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (законным представителем) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы (форс - мажорных обстоятельств, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить (стихийные бедствия, эпидемия, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору), а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Потребителем (законным представителем) неполной информации о здоровье Потребителя в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения, правил внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя (законного представителя), в том числе при нарушении Потребителем медицинских предписаний.

5.4. Исполнитель не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, других факторов риска, а также в случаях оказания услуг в неполном либо меньшем объеме и/или недостижения запланированного результата и/или неэффективности лечения, возникших в результате: несоблюдения Потребителем (законным представителем) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч.

непредставления Потребителем (представителем потребителя) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Потребителем назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Исполнителя.

6. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров.

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.
6.2. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением, подписанным Сторонами/
6.3. Споры и разногласия решаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе путем переговоров, при необходимости с проведением независимой экспертизы.
6.4. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, в случае недостижения согласия Сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

7. Особые условия.

7.1. Потребитель (законный представитель), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Исполнителя, с Перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;
- уведомлен, что на территории медицинского учреждения Исполнителя осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной безопасности и безопасности деятельности Исполнителя, антитеррористической защищенности безопасности работников Исполнителя, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Исполнителя, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Исполнителя; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;
- предоставлена в доступной форме информация о возможности получения в иных медицинских подразделениях медицинского учреждения Исполнителя, соответствующих вида 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, за счет средств бюджета и иных источников;
- уведомлен, что медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, и оказываемые в отделении оптической коррекции зрения не предусмотрены программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая настоящий договор Потребитель (представитель Потребителя) на основании собственного волеизъявления дает свое добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящим договора;
- уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья Потребителя;
- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: информация о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, 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); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659, а также относящиеся к предмету договора (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);
- проинформирован(а), что сроки ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления мединских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего мединскую услугу, диагноза, возраста пациента, времени для подготовки к медицинской услуге и медицинскому вмешательству, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, тяжести состояния здоровья и иных факторов, которые могут повлиять на длительность ожидания, а также от организационной возможности проведения медицинского вмешательства;
- предупрежден(а) и осознает, что медицинская услуга является специфическим видом деятельности, по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, подверженные влиянию неподконтрольных факторов и явлений, не поддающихся в 100% случаев воле человека, эффективность оказанной медицинской помощи зависит не только от выбранной тактики лечения и действий медицинского персонала, но и от индивидуальных особенностей организма Потребителя, условий его жизнедеятельности, иных непрогнозируемых обстоятельств, в связи с чем Исполнитель даже при надлежащем выполнении своих обязательств по договору, правильном использовании установленных норм и правил, современных технологий и достижений медицинской науки, по объективном причинам не может гарантировать Потребителю (представителю потребителя) полного выздоровления Потребителя и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;
- выражает согласие на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Исполнителя https://mntkcheb.ru или в мобильном приложении.

7.2. Потребителю, по желанию потребителя, могут быть оказаны дополнительные услуги немедицинского характера, оказываемые Исполнителем, стоимость которых устанавливается на основании утвержденного Прейскуранта Исполнителя и действующего на день оказания услуги. Потребитель с согласия законного представителя оплачивает эти услуги на условиях договора.
7.3. Потребитель и его законный представитель согласны, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Исполнитель вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, проставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.
7.4. В случае отказа Потребителя (законного представителя) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель с согласия законного представителя оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
7.5. Потребитель и его законный представитель в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, свободно, своей волей и в своем интересе оформляет отдельное письменное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведения медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. При этом Потребитель и его законный представитель в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, указанный отзыв оформляется в виде письменного заявления, подписанного собственноручно, оригинал подписанного заявления направляется по фактическому адресу Исполнителя Почтой России почтовым отправлением либо путем вручения нарочно: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.

7.6. При заключении настоящего договора законный представитель Потребителя осознает свою дополнительную ответственность по обязательствам несовершеннолетнего Потребителя в возрасте от 14 до 18 лет, возникшим на основе заключенного им договора на оказание платных медицинских услуг.

8. Прочие условия.

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.
8.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.
8.3. Настоящий договор составлен в 3 (трех) имеющих равную силу экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

9. Сведения об Исполнителе.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Фирменное наименование: МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.
Адрес места нахождения: 127486, г. Москва, Бескудниковский б-р, 59А.
Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 10277397146006
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 7713059497
Филиал: Чебоксарский филиал федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Адрес филиала: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.
E-mail: info@mntkcheb.ru, официальный сайт в сети «Интернет» https://mntkcheb.ru

10. Реквизиты и подписи Сторон.

Исполнитель:
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Юридический адрес: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а
Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:
Л/с 30156Э31560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России//УФК по Нижегородской области, г Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

М.П.

Потребитель (с согласия законного представителя):
Сведения о Потребителе:
Ф.И.О.:
Дата рождения:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Потребитель:

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Сведения о законном представителе Потребителя:
Ф.И.О.:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Документ, подтверждающий полномочия законного представителя *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:

Электронный адрес (при наличии):
На заключение договора согласен(на)
Законный представитель :

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Приложение № 1
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность исполнителя, в соответствии лицензией

В соответствии с Лицензией от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, Исполнителем осуществляется следующая медицинская деятельность по адресу места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:
428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, проспект Тракторостроителей, д. 10, выполняемые работы, оказываемые услуги:
**указывается в соответствии с действующей лицензией выполняемые работы, оказываемые услуги:*

Приложение № 2
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
Потребителя и его законного представителя
о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)
Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу)

Исполнитель на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомляет Потребителя и его законного представителя о том, что:
– в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;
– несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, иного медицинского работника, 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.
Уведомлен(а) и согласен(на) соблюдать указания (рекомендации) лечащего врача, иного медицинского работника, назначенный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, а также правила поведения пациента в медицинской организации исполнителя.

Потребитель:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Законный представитель Потребителя:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 3
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___

СОГЛАСИЕ
Потребителя и его законного представителя
на отступление от стандарта медицинской помощи

В соответствии с п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 подтверждаю и согласовываю оказание Потребителю платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Потребитель:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Законный представитель Потребителя:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 4
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг,
не предусмотренных договором

В соответствии с п. 26 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 Исполнитель предупреждает Потребителя и его законного представителя о том, что при предоставлении платных медицинских услуг в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, а именно:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

В связи с указанным обстоятельством предлагаем подписать дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна.

Потребитель:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Законный представитель Потребителя:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 12
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
с согласия законного представителя несовершеннолетнего лица в возрасте 14-18лет
в Отделении оптической коррекции зрения
(подбор жестких газопроницаемых линз: роговичных, склеральных)

г. Чебоксары « ___ » _____ 20 ___ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, в лице _____ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России _____, действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) – полностью, дата рождения)
медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____ именуемый(ая) в дальнейшем **«Потребитель»**, с другой стороны,
с согласия законного представителя _____ Потребителя
(указать: мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
гражданина(ки) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя - полностью)
документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)
_____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. В соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Потребителя (представителя потребителя), Исполнитель в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, действуя с добровольного согласия Потребителя и его законного представителя, предоставляет Потребителю платные медицинские услуги с применением изделий медицинского назначения и медикаментов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации согласно действующему законодательству Российской Федерации, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, в т.ч. в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а Потребитель с согласия законного представителя Потребителя оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).
1.2. Получателем платных медицинских услуг по договору является Потребитель. Исполнитель оказывает услуги по договору по адресу места осуществления лицензируемого вида медицинской

деятельности в соответствии Перечнем выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанным в едином реестре лицензий Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Приложение № 1 к настоящему договору). Сведения о лицензии и перечень медицинских услуг размещены на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: https://mntkcheb.ru, а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя.
1.3. Перечень услуг и их стоимость по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на платные медицинские услуги, в соответствии с необходимым объемом услуг и составляет:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.
1.4. Жесткие газопроницаемые линзы: роговичные, склеральные (далее по тексту - ЖГП-линзы, ЖГПЛ) являются медицинским изделием, подбор которых осуществляется медицинским работником Исполнителя при оказании медицинских услуг Потребителю в соответствии с настоящим договором после прохождения диагностического обследования органа зрения Потребителя и подбора средств контактной коррекции.
ЖГП-линзы изготавливаются по индивидуальным параметрам Потребителя под заказ и оплачиваются на основании заказа. Процесс подбора линз для Потребителя может быть многоэтапным, в случае необходимости может понадобиться дополнительное обследование или примерка пробной линзы (информация о стоимости пробной контактной линзы обговаривается и согласовывается с Потребителем (законным представителем) при оформлении индивидуального заказа ЖГП-линзы).
ЖГПЛ подлежат использованию строго в соответствии с инструкцией производителя и рекомендациями лечащего врача.
Согласно ст. 470 Гражданского кодекса Российской Федерации законную гарантию на качество ЖГП-линз предоставляет производитель, что подтверждает передачу Потребителю товара, прошедшего производственный контроль (гарантийный номер на упаковке линз). Договорная гарантия (гарантийный срок) на ЖКПЛ не предоставляется.
Сведения о ЖГП-линзах, передаваемых Потребителю, отражаются в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, которая оформляется в отношении Потребителя (пациента) в отделении оптической коррекции зрения.
Инструкция по уходу и эксплуатации жестких газопроницаемых линз (роговичных, склеральных) является неотъемлемой частью договора (Приложение № 2 к настоящему договору).
1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя. При согласии Потребителя и его законного представителя на предоставление соответствующих медицинских услуг Сторонами с согласия законного представителя Потребителя оформляется дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действующим на день оказания услуг, либо оформляется новый договор на оказание платных медицинских услуг.
1.6. В соответствии с п. 3 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является Пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Условия, порядок, сроки оказания услуг и порядок расчетов.

2.1. Медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, предусмотренные договором с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, административного режима работы подразделений Исполнителя и требований

действующего законодательства Российской Федерации. Дата и время оказания медицинских услуг определяются по предварительной записи, если иное не согласовано Сторонами.

2.2. При подписании настоящего договора Потребитель и его законный представитель на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомлен путем подписания письменного уведомления (Приложение № 3 к настоящему договору) о том, что: в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях; несоблюдение назначений (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.

2.3. Медицинские услуги оказываются Потребителю при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя) на медицинское вмешательство и согласия на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя (представителя потребителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя оформляется в форме письменного согласия Потребителя и его законного представителя (Приложение № 4 к настоящему договору).

2.4. При наличии медицинских показаний и согласия Потребителя (законного представителя) проводится подбор, примерка и обучение Потребителя правилам использования ЖГП-линз (роговичных, склеральных). Параметры, режим ношения подобранных контактных линз и ухода за ними отражается в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

2.5. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем, действующего на день оказания услуг (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя).

2.6. Оплата производится, с согласия Потребителя и его законного представителя, при заключении договора на условиях 100 % авансового платежа, на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Потребителя.

2.7. Стоимость медицинских изделий (ЖГПЛ) и порядок расчетов определяется при оформлении индивидуального заказа на ЖГПЛ. Оплата производится на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Потребителя.

2.8. Исполнитель производит отметку о стоимости услуги, медицинских изделий (ЖГПЛ) в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Потребителю на руки выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг, ЖГПЛ (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности, или иной документ, предусмотренный законодательством Российской Федерации).

2.9. В случае повреждения ЖГПЛ в течение первых 3 (трех) месяцев с момента подбора оплата за медицинскую услугу (подбор ЖГПЛ) не взымается, Потребитель оплачивает только стоимость линзы на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем. ,При повреждении ЖГПЛ по истечении 3 (трех) месяцев с момента подбора, Потребитель (представитель потребителя) оплачивает услугу повторного подбора на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем и действующего на день оказания услуг.

2.10. В случае неадаптиции Потребителя или трудностях с манипуляцией с линзами и при возникшем желании Потребителя отказаться от ношения ЖГПЛ, денежные средства, оплаченные за оказанную услугу подбора линз не возвращаются.

2.11. Контактные линзы (в т.ч. ЖГПЛ) являются медицинским изделием индивидуального пользования и не подлежат обмену и возврату согласно п. 2 ст. 502 Гражданского кодекса Российской Федерации, абз. 4 ч. 1 ст. 25 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-I «О защите прав потребителей», п. 1 Перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих обмену, утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 657.

2.12. Срок оказания услуг: в течение одного месяца с момента поступления в полном объеме, предусмотренном договором, денежных средств от Потребителя на лицевой счет либо в кассу Исполнителя.

2.13. В случае индивидуального заказа для Потребителя медицинских изделий, необходимых для оказания услуг, срок оказания услуг может продлеваться на период поставки медицинских изделий.

2.14. Если оказание медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания определяются согласованным с Потребителем (законным представителем) индивидуальным планом лечения и отражается в медицинской документации.

2.15. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя с согласия законного представителя, срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

2.16. Продление срока, увеличение объема предоставляемых медицинских услуг по медицинским показаниям, предоставление дополнительных медицинских услуг, оказываемых в плановом порядке (не по экстренным показаниям), изменение стоимости медицинских услуг, оформляется с согласия законного представителя Потребителя дополнительным соглашением Сторон к договору.

2.17. 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.

2.18. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках госгарантий бесплатной медицинской помощи.

2.19. 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 медицинских услуг (обследования, лечения и т.п.) окажется невозможным, Стороны с согласия законного представителя подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченной Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

2.20. Информация об оказании медицинских услуг Потребителю фиксируется в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Подтверждением оказания Потребителю платных медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Исполнителем Потребителю.

3. Права и обязанности Исполнителя.

3.1. **Исполнитель имеет право:**

- требовать от Потребителя (законного представителя) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (лечебно-охранительный режим, своевременность приема лекарственных препаратов, график прохождения процедур, соблюдение плана лечения, назначений и рекомендаций специалистов, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.), а также соблюдения правил внутреннего распорядка, правил техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя;
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;

- получать от Потребителя (законного представителя) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

- отказать Потребителю в предоставлении медицинской услуги Потребителю в случае отказа от медицинского вмешательства и/или выявления у Потребителя противопоказаний к проведению медицинского вмешательства и/или невыполнения требований и рекомендаций и назначений медицинских специалистов, а также правил использования ЖГПЛ;

- устанавливать объем и характер необходимых обследований Потребителя и/или рекомендовать Потребителю изменить методику или тактику коррекции зрения Потребителя в случае медицинской необходимости;

- безотлагательно и безвозмездно, в случае возникновения неотложных состояний, определять объем диагностических исследований, манипуляций, медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором;

- в рамках предоставления медицинских услуг назначать Потребителю решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;

- отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка, техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя, нарушении режима работы Исполнителя;

- использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.2. **Исполнитель обязан**:

- оказать услугу Потребителю согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинский помощи и предъявляемым к медицинским услугам соответствующего вида;

- предоставить Потребителю (законному представителю) бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работниках, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональном образовании и квалификации); о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в адрес Исполнителя, контролирующие и надзорные органы, а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);

- соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства;

- вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, медицинских изделий, а также денежных средств, поступивших от Потребителя;

- предоставить 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;

- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;

- в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором,

предупредить об этом Потребителя и его законного представителя, путем предоставления Уведомления о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором (Приложение № 5 к настоящему договору);

- извещать Потребителя и его законного представителя 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 Потребителю на основании заключенных с согласия законного представителя Потребителя дополнительного соглашения к настоящему договору или на основании отдельно заключаемого договора;

- осуществлять плановое динамическое наблюдение Потребителя (пациента) в течение терапии 1 (одного) года, которое включает 4 (четыре) плановых осмотра согласно графику;

- предоставить Потребителю (представителю потребителя) инструкцию по использованию ЖГП-линз, сведения об основных свойствах ЖГП-линз и оказываемых медицинских услугах, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях и осложнениях, которые могут возникнуть при использовании контактных линз;

- сохранять врачебную тайну;

- выдавать Потребителю (законному представителю), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя (пациента) 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. Права и обязанности Потребителя (законного представителя).

4.1. **Потребитель (законный представитель) имеет право:**

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Исполнителе, о наличии лицензии и информации о предоставляемых медицинских услугах, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;

- получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями положений об организации оказания медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи;

- в доступной для него форме получить информацию о состоянии здоровья Потребителя, 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;

- в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя 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;

- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Потребителю возвращаются оплаченные денежные средства в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации, за вычетом стоимости фактических оказанных услуг;

- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.2. **Потребитель (законный представитель) обязан:**

- прибыть для получения услуги в назначенное Исполнителем время;

- информировать медицинского работника Исполнителя до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях (в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства), противопоказаниях, жалобах на состояние здоровья, а также сообщить все

известные сведения о состоянии своего здоровья, заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, врачебных рекомендациях и направлениях на лечение, предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских организациях, у других медицинских специалистов вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии);

- обязуется не изымать из оформленных в медицинском учреждении Исполнителя: медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результаты обследований и другую медицинскую документацию;

- ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору;

- соблюдать инструкцию производителя ЖГП-линз, инструкцию по уходу и эксплуатации ЖГП-линз и график визитов, согласованный со специалистом:

1 визит - через 3 месяца использования ЖГП-линз;
2 визит - через 6 месяцев;
3 визит - через 9 месяцев;
4 визит – через 12 месяцев;

- точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры к Исполнителю, консультации и лечение к Исполнителю, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения. В случае возникновения осложнений в кратчайшие сроки обратиться к врачу-офтальмологу медицинского учреждения Исполнителя;

- своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг в порядке, которые определены настоящим договором;

- при поступлении на лечение иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и медицинский полис (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты);

- осуществлять прием всех препаратов и проходить процедуры, рекомендованные лечащим врачом Исполнителя, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Исполнителя, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств;

- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Исполнителя в течение всего периода пребывания в медицинском учреждении Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории в медицинского учреждения Исполнителя, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией - в автомобиле Исполнителя;

- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Исполнителя.

5. Ответственность Сторон.

5.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (законным представителем) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы (форс - мажорных обстоятельств, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору), а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Потребителем (законным представителем) неполной информации о здоровье Потребителя в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения, правил внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Исполнителем

обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя (законного представителя), в том числе при нарушении Потребителем медицинских предписаний.

5.4. Исполнитель не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, других факторов риска, а также в случаях оказания услуг в неполном либо меньшем объеме и/или недостижения запланированного результата и/или неэффективности лечения, возникших в результате: несоблюдения Потребителем (законным представителем) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредставления Потребителем (представителем потребителя) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Потребителем назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Исполнителя, а также правил использования ЖГПЛ.

6. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров.

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

6.2. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением, подписанным Сторонами/

6.3. Споры и разногласия решаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе путем переговоров, при необходимости с проведением независимой экспертизы.

6.4. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, в случае недостижения согласия Сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

7. Особые условия.

7.1. Потребитель (законный представитель), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659;

- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Исполнителя, с Перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;

- уведомлен, что на территории медицинского учреждения Исполнителя осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной безопасности и безопасности деятельности Исполнителя, антитеррористической защищенности безопасности работников Исполнителя, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Исполнителя, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Исполнителя; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;

- предоставлена в доступной форме информация о возможности получения в иных медицинских подразделениях медицинского учреждения Исполнителя, соответствующих вида 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, за счет средств бюджета и иных источников;

- уведомлен, что медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, и оказываемые в отделении оптической коррекции зрения не предусмотрены программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая настоящий договор Потребитель (представитель Потребителя) на основании собственного волеизъявления дает свое добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящим договора;

- уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья Потребителя;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: информация о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, 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); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659, а также относящиеся к предмету договора (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);
- проинформирован(а), что сроки ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления мединских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего мединскую услугу, диагноза, возраста пациента, времени для подготовки к медицинской услуге и медицинскому вмешательству, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, тяжести состояния здоровья и иных факторов, которые могут повлиять на длительность ожидания, а также от организационной возможности проведения медицинского вмешательства;
- предупрежден(а) и осознает, что медицинская услуга является специфическим видом деятельности, по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, подверженные влиянию неподконтрольных факторов и явлений, не поддающихся в 100% случаев воле человека, эффективность оказанной медицинской помощи зависит не только от выбранной тактики лечения и действий медицинского персонала, но и от индивидуальных особенностей организма Потребителя, условий его жизнедеятельности, иных непрогнозируемых обстоятельств, в связи с чем Исполнитель даже при надлежащем выполнении своих обязательств по договору, правильном использовании установленных норм и правил, современных технологий и достижений медицинской науки, по объективным причинам не может гарантировать Потребителю (представителю потребителя) полного выздоровления Потребителя и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;
- выражает согласие на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Исполнителя https://mntkcheb.ru или в мобильном приложении.

7.2. Потребителю, по желанию потребителя, могут быть оказаны дополнительные услуги немедицинского характера, оказываемые Исполнителем, стоимость которых устанавливается на основании утвержденного Прейскуранта Исполнителя и действующего на день оказания услуги. Потребитель с согласия законного представителя оплачивает эти услуги на условиях договора.

7.3. Потребитель и его законный представитель согласны, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Исполнитель вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, проставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.4. В случае отказа Потребителя (законного представителя) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель с согласия законного представителя оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.5. Потребитель и его законный представитель в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, свободно, своей волей и в своем интересе оформляет отдельное письменное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведения медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных

интересов. При этом Потребитель и его законный представитель в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, указанный отзыв оформляется в виде письменного заявления, подписанного собственноручно, оригинал подписанного заявления направляется по фактическому адресу Исполнителя Почтой России почтовым отправлением либо путем вручения нарочно: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.

7.6. При заключении настоящего договора законный представитель Потребителя осознает свою дополнительную ответственность по обязательствам несовершеннолетнего Потребителя в возрасте от 14 до 18 лет, возникшим на основе заключенного им договора на оказание платных медицинских услуг.

8. Прочие условия.

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

8.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

8.3. Настоящий договор составлен в 3 (трех) имеющих равную силу экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

9. Сведения об Исполнителе.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Фирменное наименование: МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.
Адрес места нахождения: 127486, г. Москва, Бескудниковский б-р, 59А.
Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 10277397146006
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 7713059497
Филиал: Чебоксарский филиал федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Адрес филиала: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.
E-mail: info@mntkcheb.ru, официальный сайт в сети «Интернет» https://mntkcheb.ru

10. Реквизиты и подписи Сторон.

Исполнитель:
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Юридический адрес: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а
Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:
Л/с 30156Э31560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России//УФК по Нижегородской области, г Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

Потребитель (с согласия законного представителя):
Сведения о Потребителе:
Ф.И.О.:
Дата рождения:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Потребитель:
_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Сведения о законном представителе Потребителя:
Ф.И.О.:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:

_____ /_____
Подпись Ф.И.О.

М.П.

Документ, подтверждающий полномочия законного представителя *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
На заключение договора согласен(на)
Законный представитель :
_____ /_____
Подпись Ф.И.О.

Приложение № 1
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность исполнителя, в соответствии лицензией

В соответствии с Лицензией от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, Исполнителем осуществляется следующая медицинская деятельность по адресу места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, проспект Тракторостроителей, д. 10, выполняемые работы, оказываемые услуги:

**указывается в соответствии с действующей лицензией выполняемые работы, оказываемые услуги:*

Приложение № 2
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

ИНСТРУКЦИЯ
по уходу и эксплуатации жестких газопроницаемых линз: (склеральные, роговичные)

ОБЩЕЕ

Пожалуйста, внимательно прочтите эту инструкцию. Ее создание продиктовано заботой о Вашем здоровье!

ЖГП-линзы (склеральные, роговичные) предназначены для дневного ношения. При ношении ЖГП-линзы рекомендованы повторные осмотры, частота повторных осмотров прописана в договоре. При всех визитах к врачу необходимо приносить ЖГП-линзы с собой в контейнере для контрольного осмотра и профессиональной очистки.

Будьте внимательны к своим ощущениям!

Ношение ЖГП-линзы запрещено при следующих состояниях:

-при покраснении глаз, светобоязни, слезотечении, рези, боли, дискомфорте в глазах;

- при покраснении, отеке или воспалении век;

- при простудных заболеваниях, насморке, заложенности носа, боли в горле, повышении температуры;

- в местах, где невозможно соблюсти все правила ухода за линзами;

- при наличии повреждений на линзе (сколов, трещин, глубоких царапин и т.д.), выраженных отложений на поверхности линзы;

- не допускается посещение в ЖГП-линзах бассейна, бани, открытых водоемов, противопоказан контакт линзы с любой жидкостью за исключением физиологического 0,9 % раствора NaCl, раствора по уходу за контактными линзами, либо глазных капель, предназначенных для пользователей

контактными линзами.

НАДЕВАНИЕ И СНЯТИЕ ЛИНЗЫ

Надевание и снятие линз следует проводить за столом, в хорошо освещенном помещении. Запрещается проводить манипуляции с линзами в ванной, туалете, либо других неприспособленных для этого местах.

Перед надеванием линз тщательно помойте руки под проточной чистой водой с нейтральным мылом (без содержания косметических или иных добавок) и насухо вытрите руки безворсовым одноразовым полотенцем. Не допускается использование грунтовых, стоячих вод из-за высокого риска развития инфекционных глазных заболеваний!

Прежде чем прикасаться к линзам, убедитесь, что руки чистые, ногти коротко пострижены, на руках нет инородных тел, ворсинок и т.д.

Убедитесь, что на линзе нет механических повреждений. При обнаружении на ЖГП-линзе сколов, глубоких царапин и иных повреждений, а также при стойком дискомфорте в линзах, дальнейшая эксплуатация линз запрещена! Необходимо обратиться к лечащему врачу для решения сложившейся ситуации.

Все манипуляции с линзами следует проводить сидя за столом, покрытым одноразовой салфеткой (чтобы в случае падения линза упала на стол, а не на пол). Рекомендуется начинать с правой линзы (чтобы не перепутать линзы). Закапайте увлажняющие капли в оба глаза.

Возьмите ЖГП-линзу из контейнера с раствором и положите на подушечку указательного пальца (можно использовать присоску для контактных линз). Заполните ЖГП-линзу физиологическим раствором NaCl. Наклоните голову, смотрите прямо перед собой (можно использовать зеркало, расположенное горизонтально на столе), поднесите линзу к глазу. Положите линзу строго по центру роговицы в проекции зрачка. Нет необходимости сильно прижимать линзу к глазу или перемещать линзу по поверхности роговицы. Лучше держать открытыми оба глаза. Следите за тем, чтобы под линзой не было пузырей воздуха. В случае обнаружения воздуха под линзой, инородных тел, снимите линзу и повторите процедуру.

Повторите то же с левой линзой.

Вылейте раствор из контейнера, промойте его физиологическим раствором NaCl, оставьте контейнер открытым для просушивания.

СНЯТИЕ ЛИНЗЫ

Перед снятием линзы закапайте в глаза увлажняющие капли, убедитесь, что ЖГП-линзы подвижны. Для этого надо приложить указательный палец к краю нижнего века и веком подвигать линзу. Она должна перемещаться по поверхности глаза. Если этого не происходит, закапайте еще раз увлажняющие капли, можно надавить пальцем через веко на склеру под ЖГП-линзой и пропустить воздух под линзу, добейтесь ее подвижности. Только после этого приступите к снятию ЖГП-линзы.

Для снятия линзы можно пользоваться присоской для контактных линз. Установите присоску ближе к верхнему или нижнему краю линзы. После закрепления присоски, попытайтесь снять ЖГП-линзы, двигаясь под острым углом к поверхности роговицы. Чтобы не перепутать линзы, начинайте снимать всегда с правого глаза.

УХОД ЗА ЛИНЗАМИ

Уход за линзами включает механическую очистку и дезинфекцию линз. Для этого используются универсальные многофункциональные растворы, предназначенные для ухода за жесткими газопроницаемыми линзами, рекомендованные Вашим лечащим врачом.

Механическая очистка необходима для удаления отложений с поверхности линзы, а дезинфекция – для удаления болезнетворных возбудителей.

Линзы должны очищаться механически ежедневно после снятия. Для этого положите линзу на ладонную поверхность кисти наружной (выпуклой) стороной вниз и налейте в нее небольшой количество раствора. Подушечкой указательного пальца другой руки очистите линзу круговыми движениями, прилагая небольшое усилие. Затем ополосните линзу физиологическим раствором NaCl.

Далее, для дезинфекции линз, поместите их в контейнер и оставьте их на тот срок, который указан производителем раствора в инструкции. Линзы должны быть полностью погружены в раствор! Никогда не используйте один и тот же раствор в контейнере повторно!

Необходимо всегда внимательно изучить инструкцию к раствору и следовать ей. Несоблюдение инструкции может привести к осложнениям со стороны глаз и потере зрения!

Всегда консультируйтесь с лечащим врачом при замене раствора на раствор другого производителя. Следует применять растворы, рекомендованные для жестких линз.

Линзы нельзя нагревать и кипятить! Это может привести к повреждению и деформации линз!

Для домашнего использования может применяться пероксидная система очистки линз. Перед

применением системы необходимо тщательно ознакомиться с инструкцией!

Дополнительные способы очистки линз.

Для дополнительной очистки линз от белковых отложений могут применять средства энзимной или химической очистки с использованием лабораторных очистителей. Данный вид обработки применяется ежеквартально в условиях отделения оптической коррекции медицинским работником.

Дополнительные способы очистки не заменяют ежедневную рутинную очистку и дезинфекцию линз.

ХРАНЕНИЕ ЛИНЗ

Для предотвращения контаминации контейнера и снижения риска развития инфекционных осложнений никогда не используйте водопроводную или стоячую воду для промывки контейнера. Контейнер для линз должен периодически обновляться (не реже 1 раза в месяц).

РЕЖИМ НОШЕНИЯ ЛИНЗ

Линзы предназначены для использования во время бодрствования (дневное время) с соблюдением рекомендаций медицинского работника по эксплуатации линз, которые даны в настоящей инструкции и медицинским работником.

Режим ношения линз определяется медицинским работником индивидуально для каждого пациента.

Рекомендуется соблюдать следующий режим ношения линз (если другое не было предписано медицинским работником):

1-й день – 2-3 часа;
2-й день – 3-4 часа;
3-й день – 4-5 часов;
4-й день – 5-7 часов;
5-й день – 7-9 часов;
6-й день – от 9 часов и на протяжении всего времени бодрствования.

Категорически запрещается использование линз во время сна. Следует помнить, что сон в линзах, а также нарушение режима ухода и ношения линз, представляет высокий риск для здоровья глаз и может привести к необратимой утрате зрения.

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

При применении линз возможно развитие следующих нежелательных эффектов:

- ощущение дискомфорта, жжения, рези, зуда или боли;
- чувство инородного тела в глазу;
- покраснение глаз;
- светобоязнь, слезотечение;
- снижение четкости изображения (плохая острота зрения);
- «затуманивание» зрения, радужные круги или «гало» (свечения) вокруг объектов;
- сухость глаз.

При возникновении вышеперечисленных состояний следует немедленно прекратить ношение линз и обратиться за помощью к врачу-офтальмологу за консультацией и, если потребуется, для получения соответствующего лечения во избежания развития серьезных повреждений глаз.

Срок службы линзы составляет не более 12 месяцев со дня начала пользования линзой. После истечения данного срока линзу необходимо заменить на новую. При наличии повреждений или отложений на линзе срок годности линзы может сокращаться.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна. Я инструктирован(а) в отношении техники ухода и использования ЖГП-линз и полностью несу ответственность за нарушения правил этой техники, а также этой инструкции.

Потребитель:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Законный представитель Потребителя:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 3
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
Потребителя и его законного представителя
о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)
Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу)

Исполнитель на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомляет Потребителя и его законного представителя о том, что:

– в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

– несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, иного медицинского работника, 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.

Уведомлен(а) и согласен(на) соблюдать указания (рекомендации) лечащего врача, иного медицинского работника, назначенный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, а также правила поведения пациента в медицинской организации исполнителя.

Потребитель:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Законный представитель Потребителя:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 4
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___

СОГЛАСИЕ
Потребителя и его законного представителя
на отступление от стандарта медицинской помощи

В соответствии с п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 подтверждаю и согласовываю оказание Потребителю платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Потребитель:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Законный представитель Потребителя:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 5
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
о необходимости предоставления дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором

В соответствии с п. 26 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 Исполнитель предупреждает Потребителя и его законного представителя о том, что при предоставлении платных медицинских услуг в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, а именно:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

В связи с указанным обстоятельством предлагаем подписать дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна.

Потребитель:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Законный представитель Потребителя:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 13
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
с согласия законного представителя несовершеннолетнего лица в возрасте 14-18лет
в Отделении оптической коррекции зрения
(подбор ортокератологических линз)

г. Чебоксары « ___ » _____ 20 ___ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, в лице _____ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России _____, действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) – полностью, дата рождения)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____ именуемый(ая) в дальнейшем **«Потребитель»**, с другой стороны,
с согласия законного представителя _____ Потребителя
(указать: мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

гражданина(ки) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя - полностью)

документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)

_____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. В соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Потребителя (представителя потребителя), Исполнитель в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, действуя с добровольного согласия Потребителя и его законного представителя, предоставляет Потребителю платные медицинские услуги с применением изделий медицинского назначения и медикаментов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации согласно действующему законодательству Российской Федерации, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, в т.ч. в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а Потребитель с согласия законного представителя Потребителя оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.2. Получателем платных медицинских услуг по договору является Потребитель. Исполнитель оказывает услуги по договору по адресу места осуществления лицензируемого вида медицинской

деятельности в соответствии Перечнем выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанным в едином реестре лицензий Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Приложение № 1 к настоящему договору). Сведения о лицензии и перечень медицинских услуг размещены на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: https://mntkcheb.ru, а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя.

1.3. Перечень услуг и их стоимость по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на платные медицинские услуги, в соответствии с необходимым объемом услуг и составляет:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

1.4. Ортокератологические линзы (далее по тексту - ОК-линзы, ОКЛ) являются медицинским изделием, подбор которых осуществляется медицинским работником Исполнителя при оказании медицинских услуг Потребителю в соответствии с настоящим договором после прохождения комплексной диагностического обследования органа зрения Потребителя и подбора средств контактной коррекции.

ОК-линзы изготавливаются по индивидуальным параметрам Потребителя под заказ и оплачиваются на основании заказа. Процесс подбора линз для Потребителя может быть многоэтапным, в случае необходимости может понадобиться дополнительное обследование или примерка пробной линзы (информация о стоимости пробной контактной линзы обговаривается и согласовывается с Потребителем (законным представителем) при оформлении индивидуального заказа ОК-линзы).

ОКЛ подлежат использованию строго в соответствии с инструкцией производителя и рекомендациями лечащего врача.

Согласно ст. 470 Гражданского кодекса Российской Федерации законную гарантию на качество ОК-линз предоставляет производитель, что подтверждает передачу Потребителю товара, прошедшего производственный контроль (гарантийный номер на упаковке линз). Договорная гарантия (гарантийный срок) на ОКЛ не предоставляется.

Сведения о ОК-линзах, передаваемых Потребителю, отражаются в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, которая оформляется в отношении Потребителя (пациента) в отделении оптической коррекции зрения.

Инструкция по уходу и эксплуатации ортокератологических линз является неотъемлемой частью договора (Приложение № 2 к настоящему договору).

1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя. При согласии Потребителя и его законного представителя на предоставление соответствующих медицинских услуг Сторонами с согласия законного представителя Потребителя оформляется дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действующим на день оказания услуг, либо оформляется новый договор на оказание платных медицинских услуг.

1.6. В соответствии с п. 3 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является Пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Условия, порядок, сроки оказания услуг и порядок расчетов.

2.1. Медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, предусмотренные договором с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, административного режима работы подразделений Исполнителя и требований

действующего законодательства Российской Федерации. Дата и время оказания медицинских услуг определяются по предварительной записи, если иное не согласовано Сторонами.

2.2. При подписании настоящего договора Потребитель и его законный представитель на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомлен путем подписания письменного уведомления (Приложение № 3 к настоящему договору) о том, что: в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях; несоблюдение назначений (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.

2.3. Медицинские услуги оказываются Потребителю при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя) на медицинское вмешательство и согласия на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя (законного представителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя оформляется в форме письменного согласия Потребителя и его законного представителя (Приложение № 4 к настоящему договору).

2.4. При наличии медицинских показаний и согласия Потребителя (законного представителя) проводится подбор, примерка и обучение Потребителя правилам использования ОКЛ. Параметры, режим ношения подобранных контактных линз и ухода за ними отражается в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

2.5. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем, действующего на день оказания услуг (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя).

2.6. Оплата производится, с согласия Потребителя и его законного представителя, при заключении договора на условиях 100 % авансового платежа, на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Потребителя.

2.7. Стоимость медицинских изделий (ОКЛ) и порядок расчетов определяется при оформлении индивидуального заказа на ОКЛ. Оплата производится на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Потребителя.

2.8. Исполнитель производит отметку о стоимости услуги, медицинских изделий (ОКЛ) в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Потребителю (представителю потребителя) на руки выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг, ОКЛ (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности, или иной документ, предусмотренный законодательством Российской Федерации).

2.9. По медицинским показаниям и при отсутствии у Потребителя качественного зрения менее 0,6 через месяц с момента первого использования ОКЛ в ночном режиме и при условии соблюдения им графика визитов и рекомендаций лечащего врача, Потребителю возвращается стоимость линз без учета оказанных медицинских услуг и в случае возврата Потребителем неповрежденных линз (данное условие о возврате неповрежденных линз является обязательным).

2.10. По медицинским показаниям Потребителю может быть заказана пробная диагностическая линза. Стоимость линзы оплачивается в соответствии с Прейскурантом.

2.11. В случае повреждения ОКЛ в течение первых 3 (трех) месяцев с момента подбора оплата за медицинскую услугу (подбор ОКЛ) не взымается, Потребитель (представитель потребителя)

оплачивает только стоимость линзы на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем. При повреждении ОКЛ по истечении 3 (трех) месяцев с момента подбора, Потребитель (представитель потребителя) оплачивает услугу повторного подбора на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем и действующего на день оказания услуг.

2.12. В случае неадаптиции Потребителя или трудностях с манипуляцией с линзами и при возникшем желании Потребителя отказаться от ношения ОКЛ, денежные средства, оплаченные за оказанную услугу подбора линз не возвращаются.

2.13. Контактные линзы (в т.ч. ОКЛ) являются медицинским изделием индивидуального пользования и не подлежат обмену и возврату согласно п. 2 ст. 502 Гражданского кодекса Российской Федерации, абз. 4 ч. 1 ст. 25 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-I «О защите прав потребителей», п. 1 Перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих обмену, утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 657.

2.14. Срок оказания услуг: в течение одного месяца с момента поступления в полном объеме, предусмотренном договором, денежных средств от Потребителя на лицевой счет либо в кассу Исполнителя.

2.15. В случае индивидуального заказа для Потребителя медицинских изделий, необходимых для оказания услуг, срок оказания услуг может продлеваться на период поставки медицинских изделий.

2.16. Если оказание медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания определяются согласованным с Потребителем (законным представителем) индивидуальным планом лечения и отражается в медицинской документации.

2.17. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя с согласия законного представителя, срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

2.18. Продление срока, увеличение объема предоставляемых медицинских услуг по медицинским показаниям, предоставление дополнительных медицинских услуг, оказываемых в плановом порядке (не по экстренным показаниям), изменение стоимости медицинских услуг, оформляется с согласия законного представителя Потребителя дополнительным соглашением Сторон к договору.

2.19. 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.

2.20. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках госгарантий бесплатной медицинской помощи.

2.21. 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 медицинских услуг (обследования, лечения и т.п.) окажется невозможным, Стороны с согласия законного представителя подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченной Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

2.22. Информация об оказании медицинских услуг Потребителю фиксируется в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Подтверждением оказания Потребителю платных медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Исполнителем Потребителю.

3. Права и обязанности Исполнителя.

3.1. **Исполнитель имеет право**:

- требовать от Потребителя (законного представителя) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (лечебно-охранительный режим, своевременность приема

лекарственных препаратов, график прохождения процедур, соблюдение плана лечения, назначений и рекомендаций специалистов, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.), а также соблюдения правил внутреннего распорядка, правил техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя;

- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;

- получать от Потребителя (законного представителя) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

- отказать Потребителю в предоставлении медицинской услуги Потребителю в случае отказа от медицинского вмешательства и/или выявления у Потребителя противопоказаний к проведению медицинского вмешательства и/или невыполнения требований и рекомендаций и назначений медицинских специалистов, а также правил использования ОКЛ;

- устанавливать объем и характер необходимых обследований Потребителя и/или рекомендовать Потребителю изменить методику или тактику коррекции зрения Потребителя в случае медицинской необходимости;

- безотлагательно и безвозмездно, в случае возникновения неотложных состояний, определять объем диагностических исследований, манипуляций, медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором;

- в рамках предоставления медицинских услуг назначать Потребителю решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;

- отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка, техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя, нарушении режима работы Исполнителя;

- использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.2. **Исполнитель обязан**:

- оказать услугу Потребителю согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинский помощи и предъявляемым к медицинским услугам соответствующего вида;

- предоставить Потребителю (законному представителю) бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работниках, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональном образовании и квалификации); о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в адрес Исполнителя, контролирующие и надзорные органы, а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);

- соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства;

- вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, медицинских изделий, а также денежных средств, поступивших от Потребителя;

- предоставить 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;

- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;

- в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Потребителя и его законного представителя, путем предоставления Уведомления о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором (Приложение № 5 к настоящему договору);

- извещать Потребителя и его законного представителя 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 Потребителю на основании заключенных с согласия законного представителя Потребителя дополнительного соглашения к настоящему договору или на основании отдельно заключаемого договора;

- осуществлять плановое динамическое наблюдение Потребителя (пациента) в течение курса ортокератологической терапии 1 (одного) года, которое включает 6 (шесть) плановых осмотров согласно графику;

- предоставить Потребителю и его законному представителю инструкцию по использованию ОК-линз, сведения об основных свойствах ОК-линз и оказываемых медицинских услугах, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях и осложнениях, которые могут возникнуть при использовании контактных линз;

- предоставить Потребителю (представителю потребителя) инструкцию по использованию ОК-линз, сведения об основных свойствах ОК-линз и оказываемых медицинских услугах, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях и осложнениях, которые могут возникнуть при использовании контактных линз;

- сохранять врачебную тайну;

- выдавать Потребителю (законному представителю), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя (пациента) 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. Права и обязанности Потребителя (законного представителя).

4.1. Потребитель (законный представитель) имеет право:

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Исполнителе, о наличии лицензии и информации о предоставляемых медицинских услугах, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;

- получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями положений об организации оказания медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи;

- в доступной для него форме получить информацию о состоянии здоровья Потребителя, 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;

- в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя 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;

- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Потребителю возвращаются оплаченные денежные средства в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации, за вычетом стоимости фактических оказанных услуг;

- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.2. Потребитель (законный представитель) обязан:

- прибыть для получения услуги в назначенное Исполнителем время;

- информировать медицинского работника Исполнителя до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях (в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства), противопоказаниях, жалобах на состояние здоровья, а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, врачебных рекомендациях и направлениях на лечение, предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских организациях, у других медицинских специалистов вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии);

- обязуется не изымать из оформленных в медицинском учреждении Исполнителя: медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результаты обследований и другую медицинскую документацию;

- ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору;

- соблюдать инструкцию производителя ОКЛ, инструкцию по уходу и эксплуатации ОК-линз и график визитов, согласованный со специалистом:

1 визит - на следующий день после первого сна в ОК-линзах;
2 визит - через 14 ночей сна;
3 визит - через 3 месяца использования ОК-линз;
4 визит – через 6 месяцев;
5 визит – через 9 месяцев;
6 визит – через 12 месяцев;

- точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры к Исполнителю, консультации и лечение к Исполнителю, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения. В случае возникновения осложнений в кратчайшие сроки обратиться к врачу-офтальмологу медицинского учреждения Исполнителя;

- своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг в порядке, которые определены настоящим договором;

- при поступлении на лечение иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и медицинский полис (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты);

- осуществлять прием всех препаратов и проходить процедуры, рекомендованные лечащим врачом Исполнителя, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Исполнителя, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств;

- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Исполнителя в течение всего периода пребывания в медицинском учреждении Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории в медицинского учреждения Исполнителя, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией - в автомобиле Исполнителя;

- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Исполнителя.

5. Ответственность Сторон.

5.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (законным представителем) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы (форс - мажорных обстоятельств, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору), а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Потребителем (законным представителем) неполной информации о здоровье Потребителя в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения, правил внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя (законного представителя), в том числе при нарушении Потребителем медицинских предписаний.

5.4. Исполнитель не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, других факторов риска, а также в случаях оказания услуг в неполном либо меньшем объеме и/или недостижения запланированного результата и/или неэффективности лечения, возникших в результате: несоблюдения Потребителем (законным представителем) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредставления Потребителем (представителем потребителя) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Потребителем назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Исполнителя, а также правил использования ОКЛ.

6. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров.

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

6.2. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением, подписанным Сторонами/

6.3. Споры и разногласия решаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе путем переговоров, при необходимости с проведением независимой экспертизы.

6.4. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, в случае недостижения согласия Сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

7. Особые условия.

7.1. Потребитель (законный представитель), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Исполнителя, с Перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;
- уведомлен, что на территории медицинского учреждения Исполнителя осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной безопасности и безопасности деятельности Исполнителя, антитеррористической защищенности безопасности работников Исполнителя, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Исполнителя, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Исполнителя; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;

- предоставлена в доступной форме информация о возможности получения в иных медицинских подразделениях медицинского учреждения Исполнителя, соответствующих вида 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, за счет средств бюджета и иных источников;
- уведомлен, что медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, и оказываемые в отделении оптической коррекции зрения не предусмотрены программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая настоящий договор Потребитель (представитель Потребителя) на основании собственного волеизъявления дает свое добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящим договора;
- уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья Потребителя;
- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: информация о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, 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); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659, а также относящиеся к предмету договора (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);
- проинформирован(а), что сроки ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления мединских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего мединскую услугу, диагноза, возраста пациента, времени для подготовки к медицинской услуге и медицинскому вмешательству, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, тяжести состояния здоровья и иных факторов, которые могут повлиять на длительность ожидания, а также от организационной возможности проведения медицинского вмешательства;
- предупрежден(а) и осознает, что медицинская услуга является специфическим видом деятельности, по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, подверженные влиянию неподконтрольных факторов и явлений, не поддающихся в 100% случаев воле человека, эффективность оказанной медицинской помощи зависит не только от выбранной тактики лечения и действий медицинского персонала, но и от индивидуальных особенностей организма Потребителя, условий его жизнедеятельности, иных непрогнозируемых обстоятельств, в связи с чем Исполнитель даже при надлежащем выполнении своих обязательств по договору, правильном использовании установленных норм и правил, современных технологий и достижений медицинской науки, по объективном причинам не может гарантировать Потребителю (представителю потребителя) полного выздоровления Потребителя и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;
- выражает согласие на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Исполнителя https://mntkcheb.ru или в мобильном приложении.

7.2. Потребителю, по желанию потребителя, могут быть оказаны дополнительные услуги немедицинского характера, оказываемые Исполнителем, стоимость которых устанавливается на

основании утвержденного Прейскуранта Исполнителя и действующего на день оказания услуги. Потребитель с согласия законного представителя оплачивает эти услуги на условиях договора.

7.3. Потребитель и его законный представитель согласны, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Исполнитель вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, проставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.4. В случае отказа Потребителя (законного представителя) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель с согласия законного представителя оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.5. Потребитель и его законный представитель в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, свободно, своей волей и в своем интересе оформляет отдельное письменное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведения медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. При этом Потребитель и его законный представитель в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, указанный отзыв оформляется в виде письменного заявления, подписанного собственноручно, оригинал подписанного заявления направляется по фактическому адресу Исполнителя Почтой России почтовым отправлением либо путем вручения нарочно: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.

7.6. При заключении настоящего договора законный представитель Потребителя осознает свою дополнительную ответственность по обязательствам несовершеннолетнего Потребителя в возрасте от 14 до 18 лет, возникшим на основе заключенного им договора на оказание платных медицинских услуг.

8. Прочие условия.

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

8.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

8.3. Настоящий договор составлен в 3 (трех) имеющих равную силу экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

9. Сведения об Исполнителе.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Фирменное наименование: МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.
Адрес места нахождения: 127486, г. Москва, Бескудниковский б-р, 59А.
Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 10277397146006
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 7713059497
Филиал: Чебоксарский филиал федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Адрес филиала: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.
E-mail: info@mntkcheb.ru, официальный сайт в сети «Интернет» https://mntkcheb.ru

10. Реквизиты и подписи Сторон.

Исполнитель:
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Юридический адрес: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а
Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:
Л/с 30156Э31560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России//УФК по Нижегородской области, г Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

М.П.

Потребитель (с согласия законного представителя):
Сведения о Потребителе:
Ф.И.О.:
Дата рождения:

Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Потребитель:
_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Сведения о законном представителе Потребителя:
Ф.И.О.:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Документ, подтверждающий полномочия законного представителя *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
На заключение договора согласен(на)
Законный представитель :
_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Приложение № 1
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность исполнителя, в соответствии лицензией

В соответствии с Лицензией от 07.04.2020 № ЛО41-00110-47/00574034, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, Исполнителем осуществляется следующая медицинская деятельность по адресу места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, проспект Тракторостроителей, д. 10, выполняемые работы, оказываемые услуги:

**указывается в соответствии с действующей лицензией выполняемые работы, оказываемые услуги:*

Приложение № 2
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

ИНСТРУКЦИЯ
по уходу и эксплуатации ортокератологических (ночных) линз

ОБЩЕЕ

Пожалуйста, внимательно прочтите эту инструкцию. Ее создание продиктовано заботой о Вашем здоровье и практической необходимостью.

Ортокератологические линзы (ОК-линзы) предназначены для ночного ношения и исправления близорукости.

После подбора ОК-линз потребуются повторные осмотры. Будьте готовы к ним. Будьте внимательны к своим ощущениям!

После первого ночного сна в ОК-линзах, Вы должны приехать на осмотр, обязательно утром не снимая линз и не умываясь. С собой взять , контейнер, раствор для хранения и увлажняющие капли для снятия линз.

При всех следующих визитах к врачу необходимо ОК-линзы приносить с собой в контейнере для контрольного осмотра и профессиональной очистки, продлевающей срок службы линз.

Соблюдайте гигиенические правила неукоснительно. Прежде чем дотрагиваться до линз, тщательно вымойте руки с мылом, хорошо сполосните и вытрите их бумажным безворсовым полотенцем.

УСТАНОВКА ЛИНЗ

Все манипуляции с ОК-линзами следует проводить, плотно сидя за столом перед зеркалом (чтобы в случае падения линза упала на стол, а не на пол). Начинайте всегда с правой линзы (чтобы не перепутать линзы). Это должно быть правилом.

Возьмите ОК-линзу из контейнера с раствором и положите на подушечку указательного пальца правой руки, осмотрите ее, капните на линзу 1-2 капли увлажняющих капель, либо стерильный физиологический раствор.

Оттяните верхнее веко указательным пальцем левой руки, а нижнее веко средним пальцем правой руки (хорошо удерживайте веки). Смотрите прямо перед собой и поднесите линзу к глазу. Положите линзу точно по центру роговицы в проекции зрачка. Нет необходимости сильно прижимать линзу к глазу, т.к. влажная линза сама притянется к глазу при соприкосновении. Медленно опустите веки и смотрите вниз несколько секунд. Маленькие хитрости: следите за тем, чтобы при постановке линз оба глаза были открыты, не перекрывайте рукой второй глаз, смотрите прямо в зеркало как бы через палец с линзой.

Повторите то же с левой линзой.

Вылейте раствор из контейнера, ополосните его физ. раствором , оставьте открытым на ночь для просушивания.

Находитесь в надетых ОК-линзах 5-10 минут, оценивая свои ощущения. Дискомфорт не должен быть сильным. В случае адекватных ощущений можно ложиться спать, в случае дискомфорта линзы необходимо переодеть.

СНЯТИЕ ЛИНЗЫ

После сна обязательно закапайте увлажняющие капли в каждый глаз и убедитесь в подвижности линз. Для этого надо приложить указательный палец к краю нижнего века и веком подвигать линзу. Она должна свободно перемещаться по глазу. Если этого не происходит, закапайте еще раз увлажняющие капли и добейтесь подвижности линзы. И только после этого приступайте к снятию Ваших линз. Лучше научиться снимать линзы методом «выщелкивания». Для этого максимально опустите подбородок, откройте глаза как можно шире (чтобы линза оказалась между веками) и потяните за наружный угол глаза пальцем соответствующей глазу руки. При этом веки сомкнутся, сжав линзу, и она легко «выщелкнется» из глаза! Чтобы не повредить линзу всегда выполняйте процедуру, плотно прижавшись к столу, покрытому тканью без ворсинок или салфеткой, либо держите левую ладонь перед глазом.

Есть и другой способ снять ОК-линзы. Для этого также с помощью увлажняющих капель добейтесь хорошей подвижности линз. Затем указательным пальцем левой руки прижмите верхнее веко к верхнему краю линзы и зафиксируйте ее. Указательный палец правой руки прижмите к краю нижнего века и веком попытайтесь поддеть линзу. Как только воздух пройдет под ОК-линзу, она легко выпадет из глаза. Делайте все это также над мягкой поверхностью, чтобы не повредить линзу. Чтобы не перепутать линзы, начинайте всегда снимать с правого глаза и сразу же складывайте снятую линзу в нужную ячейку контейнера. Также можно пользоваться присоской для снятия линз - дозакапываем увлажняющие капли, удерживая веки, устанавливаем присоску на линзу, снимаем ее с глаза.

ЦЕНТРИРОВАНИЕ ЛИНЗЫ

При постановке Ночных линз на глаза, рефлекторно выделяются слезы. Поэтому в первые минуты линзы «плавают» и могут неточно соответствовать центру глаза. Это нормально. Когда Вы закроете глаза, слеза перестанет выделяться и ОК-линза сама «найдет» правильное положение.

Если же ОК-линза значительно сместилась с роговицы, ее надо центрировать. Для этого посмотрите в зеркало, открыв глаза как можно шире, чтобы видеть линзу. Когда Вы нашли линзу, закройте глаз и посмотрите в направлении, противоположном найденной линзе. Например: линза внизу

– посмотрите наверх. Через закрытое веко указательным и средним пальцами аккуратно прижмите ОК-линзу к глазу и перемещайте ее к центру. А глаз в это время медленно поворачивайте навстречу. Если попытки закончились неудачно, можно снять линзу обычным способом, дать глазу некоторое время «отдохнуть» и снова установить линзу.

УХОД ЗА ОК-ЛИНЗАМИ

Ночные ОК линзы надеваются на время ночного сна! Линзы должны быть чистыми и тщательно продезинфицированы! Для ухода за ОК линзами лечащим врачом рекомендуются раствор для жестких контактных линз и пероксидные системы.

На снятую линзу капните многофункциональный раствор и в течение 20-30 секунд аккуратно и легко потрите линзу между подушечками пальцев. Старайтесь равномерно обработать всю поверхность линзы. Особое внимание уделяйте внутренней поверхности. Затем тщательно смойте очиститель и промойте линзы стерильным 0,9% раствором хлорида натрия. Никогда не пользуйтесь водой из открытых водоемов и из-под крана!!! Тщательно промытую линзу положите в специальный контейнер, наполненный раствором одноступенчатой пероксидной системы. Используйте такой порядок обработки контактных линз ежедневно.

При всех манипуляциях с линзами будьте внимательны и осторожны, чтобы не потерять их. Также не царапайте линзы ногтями, не прикасайтесь ногтями к краям линз (это приводит к появлению насечек и отламыванию края линзы). При манипуляциях с линзами не перемещайте их по поверхности контейнера и стола. Лучше всего поднимать линзу, «приклеивая» её к влажной мягкой подушечке пальца или использовать присоску для линз.

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

1. Если при надевании линз Вы почувствовали: заметный дискомфорт, избыточное слезотечение, боль, зуд немедленно снимите ОК-линзы и тщательно их промойте. Если симптомы не исчезают, линзы надевать НЕЛЬЗЯ. Срочно обратитесь к лечащему врачу!
2. Если появились следующие жалобы: слезотечение, светобоязнь, покраснение глаз, гнойное отделяемое, необходимо как можно быстрее связаться с лечащим врачом по телефону и подойти на прием. На фоне таких симптомов линзы носить нельзя.
3. Нельзя носить ОК-линзы во время ОРВИ, гриппа, ангины и др. вирусных и бактериальных инфекциях, а также при обострении аллергии до полного выздоровления.
4. Если по утрам в уголках глаз скапливается слизистое отделяемое, нужно провести лечение, так как слизь мешает линзе центрироваться и снижает зрительный эффект.
5. В начале ношения ОК-линз необходимый эффект достигается постепенно в течение недели (сроки индивидуальны). В эти дни возможны адаптационные симптомы: нечеткое зрение, двоение, ухудшение зрения в сумерках, дискомфорт и др.

   Если Вы не надели ОК-линзы на ночь, то возврат близорукости будет постепенным. На этот период вам могут потребоваться слабые очки (о деталях спрашивайте у врача).
6. Всегда имейте достаточный запас средств для ухода за линзами. Не заменяйте растворы на другие без консультации с Вашим офтальмологом. Контейнер для контактных линз меняется не реже, чем раз в месяц.
7. Старайтесь не ронять линзы на твердую поверхность и не касайтесь их ногтями, это приводит к появлению царапин, трещин и сколов края. Ортокератологические линзы изготовлены из тонкого высококислородного материала, категорически не допускается давление на линзы и сжатие их между пальцами, с манипулятора линзы снимаются только путём скольжения вбок, при неправильных манипуляциях с ОК линзами возможны их механические повреждения. В таких случаях пациент приобретает новые линзы. Повреждённые и сломанные линзы запрещается надевать на глаз, это опасно для здоровья и зрения.
8. Ежегодно заменяйте линзы на новые.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна. Я инструктирован(а) в отношении техники ухода и использования ОК-линз и полностью несу ответственность за нарушения правил этой техники, а также этой инструкции.

Потребитель:

_____	_____	_____
(Ф.И.О.)	(подпись)	(число, месяц, год)

Законный представитель Потребителя:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 3
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
Потребителя и его законного представителя
о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)
Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу)

Исполнитель на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомляет Потребителя и его законного представителя о том, что:

– в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

– несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, иного медицинского работника, 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.

Уведомлен(а) и согласен(на) соблюдать указания (рекомендации) лечащего врача, иного медицинского работника, назначенный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, а также правила поведения пациента в медицинской организации исполнителя.

Потребитель:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Законный представитель Потребителя:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 4
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___

СОГЛАСИЕ
Потребителя и его законного представителя
на отступление от стандарта медицинской помощи

В соответствии с п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 подтверждаю и согласовываю оказание Потребителю платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Потребитель:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Законный представитель Потребителя:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 5
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
о необходимости предоставления дополнительных медицинских услуг,
не предусмотренных договором

В соответствии с п. 26 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 Исполнитель предупреждает Потребителя и его законного представителя о том, что при предоставлении платных медицинских услуг в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, а именно:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

В связи с указанным обстоятельством предлагаем подписать дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна.

Потребитель:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Законный представитель Потребителя:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 14
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
с согласия законного представителя несовершеннолетнего лица в возрасте 14-18лет
в Отделении оптической коррекции зрения
(подбор мягких контактных линз)

г. Чебоксары « ____ » _____ 20 ____ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, в лице _____ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России _____, действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) – полностью, дата рождения)
медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
именуемый(ая) в дальнейшем «**Потребитель**», с другой стороны,
с согласия законного представителя _____ Потребителя
(указать: мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
гражданина(ки) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя - полностью)
документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)
_____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. В соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Потребителя (представителя потребителя), Исполнитель в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, действуя с добровольного согласия Потребителя и его законного представителя, предоставляет Потребителю платные медицинские услуги с применением изделий медицинского назначения и медикаментов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации согласно действующему законодательству Российской Федерации, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, в т.ч. в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а Потребитель с согласия законного представителя Потребителя оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).
1.2. Получателем платных медицинских услуг по договору является Потребитель. Исполнитель оказывает услуги по договору по адресу места осуществления лицензируемого вида медицинской

деятельности в соответствии Перечнем выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанным в едином реестре лицензий Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Приложение № 1 к настоящему договору). Сведения о лицензии и перечень медицинских услуг размещены на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: https://mntkcheb.ru, а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя.
1.3. Перечень услуг и их стоимость по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на платные медицинские услуги, в соответствии с необходимым объемом услуг и составляет:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)
без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.
1.4. Мягкие контактные линзы (далее по тексту - МКЛ) являются медицинским изделием, подбор которых осуществляется медицинским работником Исполнителя при оказании медицинских услуг Потребителю в соответствии с настоящим договором после прохождения диагностического обследования органа зрения Потребителя и подбора средств контактной коррекции, стоимость МКЛ определяется основании действующего у Исполнителя Прейскуранта.
При необходимости с учетом медицинских показаний МКЛ могут изготавливаются по индивидуальным параметрам Потребителя под заказ и оплачиваются на основании заказа. Процесс подбора линз для Потребителя может быть многоэтапным, в случае необходимости может понадобиться дополнительное обследование или примерка пробной линзы (информация о стоимости пробной контактной линзы обговаривается и согласовывается с Потребителем (представителем Потребителя) при оформлении индивидуального заказа МКЛ).
МКЛ подлежат использованию строго в соответствии с инструкцией производителя и рекомендациями лечащего врача.
Согласно ст. 470 Гражданского кодекса Российской Федерации законную гарантию на качество МКЛ предоставляет производитель, что подтверждает передачу Пациенту товара, прошедшего производственный контроль (гарантийный номер на упаковке линз). Договорная гарантия (гарантийный срок) на МКЛ не предоставляется.
Сведения о МКЛ, передаваемых Потребителю, отражаются в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, которая оформляется в отношении Потребителя (пациента) в отделении оптической коррекции зрения.
Инструкция по уходу и эксплуатации мягких контактных линз является неотъемлемой частью договора (Приложение № 2 к настоящему договору).
1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя. При согласии Потребителя и его законного представителя на предоставление соответствующих медицинских услуг Сторонами с согласия законного представителя Потребителя оформляется дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действующим на день оказания услуг, либо оформляется новый договор на оказание платных медицинских услуг.
1.6. В соответствии с п. 3 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является Пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Условия, порядок, сроки оказания услуг и порядок расчетов.

2.1. Медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, предусмотренные договором с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых

медицинских услуг, административного режима работы подразделений Исполнителя и требований действующего законодательства Российской Федерации. Дата и время оказания медицинских услуг определяются по предварительной записи, если иное не согласовано Сторонами.

2.2. При подписании настоящего договора Потребитель и его законный представитель на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомлен путем подписания письменного уведомления (Приложение № 3 к настоящему договору) о том, что: в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях; несоблюдение назначений (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.

2.3. Медицинские услуги оказываются Потребителю при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя) на медицинское вмешательство и согласия на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя (законного представителя потребителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя оформляется в форме письменного согласия Потребителя и его законного представителя (Приложение № 4 к настоящему договору).

2.4. При наличии медицинских показаний и согласия Потребителя (законного представителя потребителя) проводится подбор, примерка и обучение Потребителя правилам использования МКЛ. Параметры, режим ношения подобранных контактных линз и ухода за ними отражается в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

2.5. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем, действующего на день оказания услуг (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя).

2.6. Оплата производится, с согласия Потребителя и его законного представителя, при заключении договора на условиях 100 % авансового платежа, на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Потребителя.

2.7. Стоимость медицинских изделий (МКЛ) и порядок расчетов определяется при оформлении индивидуального заказа на МКЛ. Оплата производится на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Потребителя.

2.8. Исполнитель производит отметку о стоимости услуги, медицинских изделий (МКЛ) в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Потребителю на руки выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг, МКЛ (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности, или иной документ, предусмотренный законодательством Российской Федерации).

2.9. По медицинским показаниям и при отсутствии у Потребителя качественного зрения в подобранных и изготовленных МКЛ по индивидуальному заказу и при условии соблюдения им рекомендаций лечащего врача, Потребителю (представителю потребителя) возвращается стоимость линз без учета оказанных медицинских услуг, либо осуществляется повторный подбор индивидуальных МКЛ без дополнительной оплаты и в случае возврата Потребителем неповрежденных линз (данное условие о возврате неповрежденных линз является обязательным).

2.10. По медицинским показаниям Потребителю может быть заказана пробная диагностическая линза. Стоимость линзы оплачивается в соответствии с Прейскурантом.

2.11. В случае неадаптиции Потребителя или трудностях с манипуляцией с линзами и при возникшем желании Потребителя отказаться от ношения МКЛ, денежные средства, оплаченные за оказанную услугу подбора линз и МКЛ не возвращаются.

2.12. Контактные линзы (в т.ч. МКЛ) являются медицинским изделием индивидуального пользования и не подлежат обмену и возврату согласно п. 2 ст. 502 Гражданского кодекса Российской Федерации, абз. 4 ч. 1 ст. 25 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-I «О защите прав потребителей», п. 1 Перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих обмену, утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 657.

2.13. Срок оказания услуг: в течение одного месяца с момента поступления в полном объеме, предусмотренном договором, денежных средств от Потребителя на лицевой счет либо в кассу Исполнителя.

2.14. В случае индивидуального заказа для Потребителя медицинских изделий, необходимых для оказания услуг, срок оказания услуг может продлеваться на период поставки медицинских изделий.

2.15. Если оказание медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания определяются согласованным с Потребителем (законным представителем) индивидуальным планом лечения и отражается в медицинской документации.

2.16. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя с согласия законного представителя, срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

2.17. Продление срока, увеличение объема предоставляемых медицинских услуг по медицинским показаниям, предоставление дополнительных медицинских услуг, оказываемых в плановом порядке (не по экстренным показаниям), изменение стоимости медицинских услуг, оформляется с согласия законного представителя Потребителя дополнительным соглашением Сторон к договору.

2.18. 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.

2.19. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках госгарантий бесплатной медицинской помощи.

2.20. 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 медицинских услуг (обследования, лечения и т.п.) окажется невозможным, Стороны с согласия законного представителя подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченной Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

2.21. Информация об оказании медицинских услуг Потребителю фиксируется в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Подтверждением оказания Потребителю платных медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Исполнителем Потребителю.

3. Права и обязанности Исполнителя.

3.1. **Исполнитель имеет право:**

- требовать от Потребителя (законного представителя) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (лечебно-охранительный режим, своевременность приема лекарственных препаратов, график прохождения процедур, соблюдение плана лечения, назначений и рекомендаций специалистов, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.), а также соблюдения правил внутреннего распорядка, правил техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя;

- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- получать от Потребителя (законного представителя) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- отказать Потребителю в предоставлении медицинской услуги Потребителю в случае отказа от медицинского вмешательства и/или выявления у Потребителя противопоказаний к проведению медицинского вмешательства и/или невыполнения требований и рекомендаций и назначений медицинских специалистов, а также правил использования МКЛ;
- устанавливать объем и характер необходимых обследований Потребителя и/или рекомендовать Потребителю изменить методику или тактику коррекции зрения Потребителя в случае медицинской необходимости;
- безотлагательно и безвозмездно, в случае возникновения неотложных состояний, определять объем диагностических исследований, манипуляций, медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором;
- в рамках предоставления медицинских услуг назначать Потребителю решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
- отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка, техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя, нарушении режима работы Исполнителя;
- использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.2. **Исполнитель обязан:**

- оказать услугу Потребителю согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинский помощи и предъявляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставить Потребителю (законному представителю) бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работниках, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональном образовании и квалификации); о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в адрес Исполнителя, контролирующие и надзорные органы, а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);
- соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства;
- вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, медицинских изделий, а также денежных средств, поступивших от Потребителя;
- предоставить 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;
- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя), данного в порядке, установленном

законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Потребителя и его законного представителя, путем предоставления Уведомления о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором (Приложение № 5 к настоящему договору);
- извещать Потребителя и его законного представителя 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 Потребителю на основании заключенных с согласия законного представителя Потребителя дополнительного соглашения к настоящему договору или на основании отдельно заключаемого договора;
- предоставить Потребителю и его законному представителю инструкцию по использованию МКЛ, сведения об основных свойствах МКЛ и оказываемых медицинских услугах, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях и осложнениях, которые могут возникнуть при использовании контактных линз;
- предоставить Потребителю (представителю потребителя) инструкцию по использованию ОК-линз, сведения об основных свойствах ОК-линз и оказываемых медицинских услугах, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях и осложнениях, которые могут возникнуть при использовании контактных линз;
- сохранять врачебную тайну;
- выдавать Потребителю (законному представителю), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя (пациента) 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. Права и обязанности Потребителя (законного представителя).

4.1. **Потребитель (законный представитель) имеет право:**

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Исполнителе, о наличии лицензии и информации о предоставляемых медицинских услугах, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;
- получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями положений об организации оказания медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи;
- в доступной для него форме получить информацию о состоянии здоровья Потребителя, 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;
- в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя 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;
- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Потребителю возвращаются оплаченные денежные средства в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации, за вычетом стоимости фактических оказанных услуг;
- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.2. **Потребитель (законный представитель) обязан:**

- прибыть для получения услуги в назначенное Исполнителем время;
- информировать медицинского работника Исполнителя до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях (в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства), противопоказаниях, жалобах на состояние здоровья, а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, врачебных рекомендациях и направлениях на лечение, предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских организациях, у других медицинских специалистов вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии);
- обязуется не изымать из оформленных в медицинском учреждении Исполнителя: медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результаты обследований и другую медицинскую документацию;
- ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору;
- соблюдать инструкцию производителя МКЛ, инструкцию по уходу и эксплуатации МКЛ;
- точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры к Исполнителю, консультации и лечение к Исполнителю, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения. В случае возникновения осложнений в кратчайшие сроки обратиться к врачу-офтальмологу медицинского учреждения Исполнителя;
- своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг в порядке, которые определены настоящим договором;
- при поступлении на лечение иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и медицинский полис (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты);
- осуществлять прием всех препаратов и проходить процедуры, рекомендованные лечащим врачом Исполнителя, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Исполнителя, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств;
- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Исполнителя в течение всего периода пребывания в медицинском учреждении Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории в медицинского учреждения Исполнителя, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией - в автомобиле Исполнителя;
- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Исполнителя.

5. Ответственность Сторон.

5.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (законным представителем) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы (форс - мажорных обстоятельств, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору), а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Потребителем (законным представителем) неполной информации о здоровье Потребителя в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения, правил внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Исполнителем

обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя (законного представителя), в том числе при нарушении Потребителем медицинских предписаний.

5.4. Исполнитель не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, других факторов риска, а также в случаях оказания услуг в неполном либо меньшем объеме и/или недостижения запланированного результата и/или неэффективности лечения, возникших в результате: несоблюдения Потребителем (законным представителем) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредставления Потребителем (представителем потребителя) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Потребителем назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Исполнителя, а также правил использования МКЛ.

6. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров.

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

6.2. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением, подписанным Сторонами/

6.3. Споры и разногласия решаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе путем переговоров, при необходимости с проведением независимой экспертизы.

6.4. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, в случае недостижения согласия Сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

7. Особые условия.

7.1. Потребитель (законный представитель), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Исполнителя, с Перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;
- уведомлен, что на территории медицинского учреждения Исполнителя осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной безопасности и безопасности деятельности Исполнителя, антитеррористической защищенности безопасности работников Исполнителя, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Исполнителя, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Исполнителя; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;
- предоставлена в доступной форме информация о возможности получения в иных медицинских подразделениях медицинского учреждения Исполнителя, соответствующих вида 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, за счет средств бюджета и иных источников;
- уведомлен, что медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, и оказываемые в отделении оптической коррекции зрения не предусмотрены программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая настоящий договор Потребитель (представитель Потребителя) на основании собственного волеизъявления дает свое добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящим договора;
- уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья Потребителя;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: информация о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, 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); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659, а также относящиеся к предмету договора (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);
- проинформирован(а), что сроки ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления мединских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего мединскую услугу, диагноза, возраста пациента, времени для подготовки к медицинской услуге и медицинскому вмешательству, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, тяжести состояния здоровья и иных факторов, которые могут повлиять на длительность ожидания, а также от организационной возможности проведения медицинского вмешательства;
- предупрежден(а) и осознает, что медицинская услуга является специфическим видом деятельности, по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, подверженные влиянию неподконтрольных факторов и явлений, не поддающихся в 100% случаев воле человека, эффективность оказанной медицинской помощи зависит не только от выбранной тактики лечения и действий медицинского персонала, но и от индивидуальных особенностей организма Потребителя, условий его жизнедеятельности, иных непрогнозируемых обстоятельств, в связи с чем Исполнитель даже при надлежащем выполнении своих обязательств по договору, правильном использовании установленных норм и правил, современных технологий и достижений медицинской науки, по объективным причинам не может гарантировать Потребителю (представителю потребителя) полного выздоровления Потребителя и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;
- выражает согласие на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Исполнителя https://mntkcheb.ru или в мобильном приложении.

7.2. Потребителю, по желанию потребителя, могут быть оказаны дополнительные услуги немедицинского характера, оказываемые Исполнителем, стоимость которых устанавливается на основании утвержденного Прейскуранта Исполнителя и действующего на день оказания услуги. Потребитель с согласия законного представителя оплачивает эти услуги на условиях договора.

7.3. Потребитель и его законный представитель согласны, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Исполнитель вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, проставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.4. В случае отказа Потребителя (законного представителя) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель с согласия законного представителя оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.5. Потребитель и его законный представитель в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, свободно, своей волей и в своем интересе оформляет отдельное письменное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведения медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных

интересов. При этом Потребитель и его законный представитель в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, указанный отзыв оформляется в виде письменного заявления, подписанного собственноручно, оригинал подписанного заявления направляется по фактическому адресу Исполнителя Почтой России почтовым отправлением либо путем вручения нарочно: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.

7.6. При заключении настоящего договора законный представитель Потребителя осознает свою дополнительную ответственность по обязательствам несовершеннолетнего Потребителя в возрасте от 14 до 18 лет, возникшим на основе заключенного им договора на оказание платных медицинских услуг.

8. Прочие условия.

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

8.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

8.3. Настоящий договор составлен в 3 (трех) имеющих равную силу экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

9. Сведения об Исполнителе.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Фирменное наименование: МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.
Адрес места нахождения: 127486, г. Москва, Бескудниковский б-р, 59А.
Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 10277397146006
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 7713059497
Филиал: Чебоксарский филиал федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Адрес филиала: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.
E-mail: info@mntkcheb.ru, официальный сайт в сети «Интернет» https://mntkcheb.ru

10. Реквизиты и подписи Сторон.

Исполнитель:
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Юридический адрес: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а
Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:
Л/с 30156Э31560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России//УФК по Нижегородской области, г Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

Потребитель (с согласия законного представителя):
Сведения о Потребителе:
Ф.И.О.:
Дата рождения:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Потребитель:
_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Сведения о законном представителе Потребителя:
Ф.И.О.:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:

_____ /_____
Подпись Ф.И.О.

М.П.

Документ, подтверждающий полномочия законного представителя *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
На заключение договора согласен(на)
Законный представитель :
_____ /_____
Подпись Ф.И.О.

Приложение № 1
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность исполнителя, в соответствии лицензией

В соответствии с Лицензией от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, Исполнителем осуществляется следующая медицинская деятельность по адресу места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, проспект Тракторостроителей, д. 10, выполняемые работы, оказываемые услуги:

**указывается в соответствии с действующей лицензией выполняемые работы, оказываемые услуги.*

Приложение № 2
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

ИНСТРУКЦИЯ
по уходу и эксплуатации мягких контактных линз

ОБЩЕЕ

Пожалуйста, внимательно прочтите эту инструкцию. Ее создание продиктовано заботой о Вашем здоровье!

Мягкие контактные линзы (МКЛ) предназначены для дневного ношения. Контактные линзы стерильны в оригинальной упаковке.

Ношение МКЛ запрещено при следующих состояниях:

- при покраснении глаз, светобоязни, слезотечении, рези, боли, дискомфорте в глазах;
- при покраснении, отеке или воспалении век;
- при простудных заболеваниях, насморке, заложенности носа, боли в горле, повышении температуры;
- в местах, где невозможно соблюсти все правила ухода за линзами;
- при наличии повреждений на линзе (сколов, трещин, глубоких царапин и т.д.), выраженных отложений на поверхности линзы;
- не допускается посещение в МКЛ бассейна, бани, открытых водоемов, противопоказан контакт линзы с любой жидкостью за исключением физиологического 0,9 % раствора NaCl, раствора по уходу за контактными линзами, либо глазных капель, предназначенных для пользователей контактными

Срок пользования линзами зависит от вида линз - традиционной, плановой, частой плановой, ежедневной замены.

Длительность пребывания контактных линз на глазах зависит от многих факторов: загрязненности и запыленности окружающего воздуха, условий труда, наличия глазных заболеваний и состояния здоровья человека, а также правильного ухода за линзами. Для каждого человека длительность непрерывного ношения контактных линз индивидуальна. Во всех случаях режим ношения и замену контактных линз определяет врач, осуществляющий наблюдение за Вами.

НАДЕВАНИЕ ЛИНЗЫ

Обработка рук

- Вымойте руки с мылом, а затем насухо вытрите их полотенцем, не оставляющим волокон;
- длина ногтей должна исключить возможность повреждения ими линз;
- перед установкой линз ни в коем случае не мажьте лицо или руки жирными косметическими средствами. Макияж так же лучше нанести после процедуры надевания.

Установка линз

- Вытащив линзу, подержите ее на кончике пальца в течение нескольких секунд, давая ей немного высохнуть;
- убедитесь в том, что она не вывернута наружу и не повреждена;
- положите линзу на кончик указательного пальца и аккуратно поднесите к глазу;
- средним пальцем этой же руки оттяните вниз нижнее веко;
- свободной рукой приподнимите верхнее веко и осторожно положите линзу на глаз;
- медленно отпустите веко и немного поморгайте, чтобы привыкнуть.

Внимание: устанавливайте линзу всегда на один и тот же глаз! То есть ту, которую вы носили на левом, нельзя помещать на правый!

ЦЕНТРИРОВАНИЕ ЛИНЗЫ

В случае, если линза по какой-то причине сместилась в сторону, совершите следующий ряд действий:

1 вариант (с закрытыми веками):

- закройте глаза;
- начинайте осторожно массировать веки, перемещая линзу в центр глаза.

2 вариант (с открытыми веками):

- надавите на край верхнего или нижнего века;
- не закрывая глаз, аккуратно переместите линзу на нужное место.

СНЯТИЕ ЛИНЗЫ

- Вымойте руки с мылом;
- прикройте тот глаз, который будете освобождать от линзы вторым;
- посмотрите наверх;
- указательным пальцем аккуратно спустите линзу вниз;
- большим и указательным пальцами осторожно сожмите линзу и снимите ее.

Внимание: всегда удаляйте линзы перед тем, как лечь спать! Если линза прилипла к глазу и неподвижна, закапайте увлажняющее средство и дождитесь ее свободного перемещения.

УХОД ЗА ЛИНЗАМИ

- Уход за линзами включает механическую очистку и дезинфекцию линз. Для этого используются универсальные многофункциональные растворы, предназначенные для ухода за мягкими линзами, рекомендованные Вашим лечащим врачом.
- Механическая очистка необходима для удаления отложений с поверхности линзы, а дезинфекция – для удаления болезнетворных возбудителей. Линзы должны очищаться механически ежедневно после снятия. Для этого положите линзу на ладонную поверхность кисти наружной (выпуклой) стороной вниз и надейте в нее небольшой количество раствора. Подушечкой указательного пальца другой руки очистите линзу круговыми движениями, прилагая небольшое усилие. Затем ополосните линзу физиологическим раствором NaCl.
- Для дезинфекции линз, поместите их в контейнер и оставьте их на тот срок, который указан производителем раствора в инструкции. Линзы должны быть полностью погружены в раствор! Никогда не используйте один и тот же раствор в контейнере повторно!

Необходимо всегда внимательно изучить инструкцию к раствору и следовать ей. Несоблюдение инструкции может привести к осложнениям со стороны глаз и потере зрения!

Всегда консультируйтесь с лечащим врачом при замене раствора на раствор другого производителя. Следует применять растворы, рекомендованные для жестких линз.

Линзы нельзя нагревать и кипятить! Это может привести к повреждению и деформации линз!

Внимание: никогда не промывайте линзы обычной водой! После надевания линз ополосните контейнер свежим раствором и дайте ему высохнуть. Для этого переверните контейнер и положите его на сухую чистую ткань. Заменяйте контейнер каждый месяц.

РЕЖИМ АДАПТАЦИИ К ЛИНЗАМ

Первый день линзы носят по 4 часа, далее каждые день добавляют 1 час к предыдущему времени, доведя целого дня. Максимальное время ежедневного ношения, срок замены линз, график повторных визитов согласовывается с Вашим лечащим врачом.

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

- Всегда надевайте линзы перед нанесением макияжа и снимайте перед снятием макияжа.
- Не допускайте попадания косметики, аэрозолей, водопроводной воды или слюны на линзы. Недопустим контакт линз с водой (водопроводной, морской, пресных водоемов, бутилированной водой и т.д.)!!!
- Всегда обращайтесь с линзами аккуратно, предварительно помыв руки, избегая длинных ногтей. Поврежденную линзу надевать нельзя!
- Если глаза покраснели, раздражены или болят, немедленно снимите линзы и обратитесь к специалисту.
- Обязательно снимайте линзы перед сном, если линзы не предназначены для ношения во время сна и/или специалистом не предложен другой режим ношения, и не носите их дольше рекомендованного вашим специалистом срока. Режим ношения контактных линз определяется специалистом.
- После истечения срока годности линзу необходимо заменить на новую. При наличии повреждений или отложений на линзе срок годности линзы может сокращаться.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна. Я инструктирован(а) в отношении техники ухода и использования МК-линз и полностью несу ответственность за нарушения правил этой техники, а также этой инструкции.

Потребитель:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Законный представитель Потребителя:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 4
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___

СОГЛАСИЕ
Потребителя и его законного представителя
на отступление от стандарта медицинской помощи

В соответствии с п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 подтверждаю и согласовываю оказание Потребителю платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Потребитель:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Законный представитель Потребителя:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 5
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг,
не предусмотренных договором

В соответствии с п. 26 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 Исполнитель предупреждает Потребителя и его законного представителя о том, что при предоставлении платных медицинских услуг в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, а именно:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

В связи с указанным обстоятельством предлагаем подписать дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна.

Потребитель:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Законный представитель Потребителя:

_____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) (число, месяц, год)

Приложение № 15
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
с согласия законного представителя несовершеннолетнего лица в возрасте 14-18лет
в Отделении оптической коррекции зрения
(очковая коррекция зрения)

г. Чебоксары « ___ » _____ 20 ____ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, в лице _____ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России _____, действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) – полностью, дата рождения)
медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____ именуемый(ая) в дальнейшем «**Потребитель**», с другой стороны,
с согласия законного представителя _____ Потребителя
(указать: мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
гражданина(ки) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя - полностью)
документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)
_____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. В соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Потребителя (представителя потребителя), Исполнитель в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, действуя с добровольного согласия Потребителя и его законного представителя, предоставляет Потребителю платные медицинские услуги с применением изделий медицинского назначения и медикаментов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации согласно действующему законодательству Российской Федерации, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, в т.ч. в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а Потребитель с согласия законного представителя Потребителя оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).
1.2. Получателем платных медицинских услуг по договору является Потребитель. Исполнитель оказывает услуги по договору по адресу места осуществления лицензируемого вида медицинской

деятельности в соответствии Перечнем выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанным в едином реестре лицензий Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Приложение № 1 к настоящему договору). Сведения о лицензии и перечень медицинских услуг размещены на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: https://mntkcheb.ru, а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя.
1.3. Перечень услуг и их стоимость по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на платные медицинские услуги, в соответствии с необходимым объемом услуг и составляет:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.
1.4. Очки корригирующие (далее по тексту - очки) являются медицинским изделием, предназначены для коррекции зрения, подбор которых осуществляется медицинским работником Исполнителя при оказании медицинских услуг Потребителю в соответствии с настоящим договором после прохождения диагностического обследования органа зрения Потребителя и подбора очковой коррекции зрения.
Очки изготавливаются по индивидуальным параметрам Потребителя под заказ, в котором отражаются данные и параметры, необходимые для изготовления очков, стоимость и сроки изготовления очков. Процесс подбора линз для очков Потребителя может быть многоэтапным, в случае необходимости может понадобиться дополнительное обследование и/или пробный подбор очков.
Очки подлежат использованию строго в соответствии с инструкцией производителя и рекомендациями лечащего врача.
Инструкция по эксплуатации, уходу за очками и линзами является неотъемлемой частью договора (Приложение № 2 к настоящему договору).
Согласно ст. 470 Гражданского кодекса Российской Федерации законную гарантию на качество линз и оправы для очков предоставляет производитель (изготовитель), что подтверждает передачу Потребителю товара, прошедшего производственный контроль.
Очки корригирующие изготавливаются в соответствии с Национальным стандартом РФ ГОСТ Р 51193-2009 «Оптика офтальмологическая. Очки корригирующие. Общие технические условия» (утв. Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 15.12.2009 № 831-ст), с изменениями и дополнениями.
Изготовитель гарантирует надежность соединения линз с оправой в течение 6 (шести) месяцев со дня получения очков при соблюдении Потребителем правил эксплуатации. Механические повреждения оправ или разбитые очковые линзы не являются основанием для претензий изготовителю очков (пункты 10.1., 10.2. Национального стандарта РФ ГОСТ Р 51193-2009).
1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя. При согласии Потребителя и его законного представителя на предоставление соответствующих медицинских услуг Сторонами с согласия законного представителя Потребителя оформляется дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действующим на день оказания услуг, либо оформляется новый договор на оказание платных медицинских услуг.
1.6. В соответствии с п. 3 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является Пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Условия, порядок, сроки оказания услуг и порядок расчетов.

2.1. Медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, предусмотренные договором с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, административного режима работы подразделений Исполнителя и требований действующего законодательства Российской Федерации. Дата и время оказания медицинских услуг определяются по предварительной записи, если иное не согласовано Сторонами.

2.2. При подписании настоящего договора Потребитель и его законный представитель на основании пункта 20, подпункта «н» пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациям платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 уведомлен путем подписания письменного уведомления (Приложение № 3 к настоящему договору) о том, что: в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях; несоблюдение назначений (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.

2.3. Медицинские услуги оказываются Потребителю при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя) на медицинское вмешательство и согласия на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями, установленными законодательством в сфере охраны здоровья, с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя (законного представителя потребителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя оформляется в форме письменного согласия Потребителя и его законного представителя (Приложение № 4 к настоящему договору).

2.4. При наличии медицинских показаний и согласия Потребителя (представителя потребителя) проводится пробный подбор очков, примерка и обучение Потребителя правилам использования очков. Параметры, режим ношения подобранных очков и ухода за ними отражается в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

2.5. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем, действующего на день оказания услуг (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя).

2.6. Оплата производится, с согласия Потребителя и его законного представителя, при заключении договора на условиях 100 % авансового платежа, на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Потребителя.

2.7. Стоимость оправы для очков, очковых линз определяется на основании Прейскуранта, утвержденного Исполнителем, действующего на день оплаты (информация размещена информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя). Стоимость и порядок расчетов за изготовление очков определяется при оформлении индивидуального заказа на изготовление очков. Оплата производится на лицевой счет Исполнителя, открытого в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или в безналичном порядке с использованием электронных средств платежа (банковских карт), по выбору Потребителя.

2.8. Исполнитель производит отметку о стоимости услуги, медицинских изделий (очков) в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Потребителю на руки выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг, очков (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности, или иной документ, предусмотренный законодательством Российской Федерации).

2.9. В случае отказа Потребителя от заказа очков с индивидуально заказанными линзами (линзами, которые Исполнитель заказывает непосредственно у изготовителя или иного поставщика очковых линз) до их изготовления, Потребителю возвращается сумма, оплаченная Потребителем Исполнителю

за вычетом фактически понесенных расходов Исполнителя, связанных с исполнением обязательств по заказу у изготовителя (поставщика) очковых линз, в виде стоимости индивидуально заказанных линз.

2.10. Необоснованный отказ Потребителя от приёмки уже изготовленных очков, включая очки с индивидуально заказанными линзами, по причинам, не связанным с виной Исполнителя, возможен лишь при полном возмещении Исполнителю стоимости заказанных линз и стоимости работы по изготовлению очков.

2.11. Линзы очковые являются медицинским изделием индивидуального пользования и не подлежат обмену и возврату согласно п. 2 ст. 502 Гражданского кодекса Российской Федерации, абз. 4 ч. 1 ст. 25 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-I «О защите прав потребителей», п. 1 Перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих обмену, утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 657.

2.12. По медицинским показаниям Потребителю может быть назначено лечащим врачом плановое динамическое наблюдение с контрольными визитами в установленные сроки.

2.13. В случае неадаптиции Потребителя к очкам и при возникшем желании Потребителя отказаться от ношения очков, денежные средства, оплаченные за оказанную услугу подбора очковой коррекции зрения не возвращаются.

2.14. Срок оказания услуг: в течение одного месяца с момента поступления в полном объеме, предусмотренном договором, денежных средств от Потребителя на лицевой счет либо в кассу Исполнителя.

2.15. В случае индивидуального заказа для Потребителя медицинских изделий, необходимых для оказания услуг, срок оказания услуг может продлеваться на период поставки медицинских изделий.

2.16. Если оказание медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их оказания определяются согласованным с Потребителем (законным представителем) индивидуальным планом лечения и отражается в медицинской документации.

2.17. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих оказанию медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя с согласия законного представителя, срок оказания услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

2.18. Продление срока, увеличение объема предоставляемых медицинских услуг по медицинским показаниям, предоставление дополнительных медицинских услуг, оказываемых в плановом порядке (не по экстренным показаниям), изменение стоимости медицинских услуг, оформляется с согласия законного представителя Потребителя дополнительным соглашением Сторон к договору.

2.19. 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.

2.20. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках госгарантий бесплатной медицинской помощи.

2.21. 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 медицинских услуг (обследования, лечения и т.п.) окажется невозможным, Стороны с согласия законного представителя подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченной Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

2.22. Информация об оказании медицинских услуг Потребителю фиксируется в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Подтверждением оказания Потребителю платных медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Исполнителем Потребителю.

3. Права и обязанности Исполнителя.

3.1. **Исполнитель имеет право:**

- требовать от Потребителя (законного представителя) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (лечебно-охранительный режим, своевременность приема лекарственных препаратов, график прохождения процедур, соблюдение плана лечения, назначений и рекомендаций специалистов, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.), а также соблюдения правил внутреннего распорядка, правил техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя;

- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;

- получать от Потребителя (законного представителя) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

- отказать Потребителю в предоставлении медицинской услуги Потребителю в случае отказа от медицинского вмешательства и/или выявления у Потребителя противопоказаний к проведению медицинского вмешательства и/или невыполнения требований и рекомендаций и назначений медицинских специалистов, а также правил использования МКЛ;

- устанавливать объем и характер необходимых обследований Потребителя и/или рекомендовать Потребителю изменить методику или тактику коррекции зрения Потребителя в случае медицинской необходимости;

- безотлагательно и безвозмездно, в случае возникновения неотложных состояний, определять объем диагностических исследований, манипуляций, медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором;

- в рамках предоставления медицинских услуг назначать Потребителю решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;

- отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка, техники безопасности и пожарной безопасности медицинского учреждения Исполнителя, нарушении режима работы Исполнителя;

- использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.2. **Исполнитель обязан**:

- оказать услугу Потребителю согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинский помощи и предъявляемым к медицинским услугам соответствующего вида;

- предоставить Потребителю (законному представителю) бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работниках, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональном образовании и квалификации); о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в адрес Исполнителя, контролирующие и надзорные органы, а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);

- соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства;

- вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, медицинских изделий, а также денежных средств, поступивших от Потребителя;

- предоставить 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;

- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;

- в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Потребителя и его законного представителя, путем предоставления Уведомления о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором (Приложение № 5 к настоящему договору);

- извещать Потребителя и его законного представителя 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 Потребителю на основании заключенных с согласия законного представителя Потребителя дополнительного соглашения к настоящему договору или на основании отдельно заключаемого договора;

- предоставить Потребителю (представителю потребителя) инструкцию по использованию очков, сведения об основных свойствах очков и оказываемых медицинских услугах, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях и осложнениях, которые могут возникнуть при использовании очков;

- предоставить Потребителю (представителю потребителя) инструкцию по использованию ОК-линз, сведения об основных свойствах ОК-линз и оказываемых медицинских услугах, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях и осложнениях, которые могут возникнуть при использовании контактных линз;

- сохранять врачебную тайну;

- выдавать Потребителю (законному представителю), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя (пациента) 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. Права и обязанности Потребителя (законного представителя).

4.1. **Потребитель (законный представитель) имеет право:**

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Исполнителе, о наличии лицензии и информации о предоставляемых медицинских услугах, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;

- получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями положений об организации оказания медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи;

- в доступной для него форме получить информацию о состоянии здоровья Потребителя, 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;

- в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя 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;

- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов. При этом в случае

предварительной оплаты Потребителю возвращаются оплаченные денежные средства в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации, за вычетом стоимости фактических оказанных услуг;

- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.2. Потребитель (законный представитель) обязан:

- прибыть для получения услуги в назначенное Исполнителем время;
- информировать медицинского работника Исполнителя до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях (в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства), противопоказаниях, жалобах на состояние здоровья, а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, врачебных рекомендациях и направлениях на лечение, предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских организациях, у других медицинских специалистов вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии);
- обязуется не изымать из оформленных в медицинском учреждении Исполнителя: медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результаты обследований и другую медицинскую документацию;
- ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору;
- соблюдать инструкцию производителей очковых линз, оправы для очков, инструкцию по эксплуатации, уходу за очками и линзами;
- точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры к Исполнителю, консультации и лечение к Исполнителю, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения. В случае возникновения осложнений в кратчайшие сроки обратиться к врачу-офтальмологу медицинского учреждения Исполнителя;
- своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг в порядке, которые определены настоящим договором;
- при поступлении на лечение иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и медицинский полис (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты);
- осуществлять прием всех препаратов и проходить процедуры, рекомендованные лечащим врачом Исполнителя, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Исполнителя, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств;
- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Исполнителя в течение всего периода пребывания в медицинском учреждении Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории в медицинского учреждения Исполнителя, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией - в автомобиле Исполнителя;
- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Исполнителя.

5. Ответственность Сторон.

5.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (законным представителем) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы (форс - мажорных обстоятельств, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору), а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Потребителем (законным представителем) неполной информации о здоровье Потребителя в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения, правил внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя (законного представителя), в том числе при нарушении Потребителем медицинских предписаний.

5.4. Исполнитель не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, других факторов риска, а также в случаях оказания услуг в неполном либо меньшем объеме и/или недостижения запланированного результата и/или неэффективности лечения, возникших в результате: несоблюдения Потребителем (законным представителем) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредставления Потребителем (представителем потребителя) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Потребителем назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Исполнителя, а также инструкции производителя очковой оправы и/или очковых линз, инструкции по эксплуатации, уходу за очками и линзами.

6. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров.

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

6.2. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением, подписанным Сторонами/

6.3. Споры и разногласия решаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе путем переговоров, при необходимости с проведением независимой экспертизы.

6.4. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, в случае недостижения согласия Сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

7. Особые условия.

7.1. Потребитель (законный представитель), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Исполнителя, с Перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;
- уведомлен, что на территории медицинского учреждения Исполнителя осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной безопасности и безопасности деятельности Исполнителя, антитеррористической защищенности безопасности работников Исполнителя, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Исполнителя, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Исполнителя; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;
- предоставлена в доступной форме информация о возможности получения в иных медицинских подразделениях медицинского учреждения Исполнителя, соответствующих вида 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, за счет средств бюджета и иных источников;
- уведомлен, что медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, и оказываемые в отделении оптической коррекции зрения не предусмотрены программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая

настоящий договор Потребитель (представитель Потребителя) на основании собственного волеизъявления дает свое добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящим договора;

- уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья Потребителя;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: информация о положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, 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); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659, а также относящиеся к предмету договора (информация размещена на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: https://mntkcheb.ru, информационных стендах/стойках в помещении Исполнителя);

- проинформирован(а), что сроки ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления мединских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего мединскую услугу, диагноза, возраста пациента, времени для подготовки к медицинской услуге и медицинскому вмешательству, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, тяжести состояния здоровья и иных факторов, которые могут повлиять на длительность ожидания, а также от организационной возможности проведения медицинского вмешательства;

- предупрежден(а) и осознает, что медицинская услуга является специфическим видом деятельности, по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, подверженные влиянию неподконтрольных факторов и явлений, не поддающихся в 100% случаев воле человека, эффективность оказанной медицинской помощи зависит не только от выбранной тактики лечения и действий медицинского персонала, но и от индивидуальных особенностей организма Потребителя, условий его жизнедеятельности, иных непрогнозируемых обстоятельств, в связи с чем Исполнитель даже при надлежащем выполнении своих обязательств по договору, правильном использовании установленных норм и правил, современных технологий и достижений медицинской науки, по объективным причинам не может гарантировать Потребителю (представителю потребителя) полного выздоровления Потребителя и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- выражает согласие на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Исполнителя https://mntkcheb.ru или в мобильном приложении.

7.2. Потребителю, по желанию потребителя, могут быть оказаны дополнительные услуги немедицинского характера, оказываемые Исполнителем, стоимость которых устанавливается на основании утвержденного Прейскуранта Исполнителя и действующего на день оказания услуги. Потребитель с согласия законного представителя оплачивает эти услуги на условиях договора.

7.3. Потребитель и его законный представитель согласны, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Исполнитель вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, проставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.4. В случае отказа Потребителя (законного представителя) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель с согласия законного

представителя оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.5. Потребитель и его законный представитель в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, свободно, своей волей и в своем интересе оформляет отдельное письменное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведения медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. При этом Потребитель и его законный представитель в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, указанный отзыв оформляется в виде письменного заявления, подписанного собственноручно, оригинал подписанного заявления направляется по фактическому адресу Исполнителя Почтой России почтовым отправлением либо путем вручения нарочно: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.

7.6. При заключении настоящего договора законный представитель Потребителя осознает свою дополнительную ответственность по обязательствам несовершеннолетнего Потребителя в возрасте от 14 до 18 лет, возникшим на основе заключенного им договора на оказание платных медицинских услуг.

8. Прочие условия.

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

8.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

8.3. Настоящий договор составлен в 3 (трех) имеющих равную силу экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

9. Сведения об Исполнителе.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Фирменное наименование: МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.
Адрес места нахождения: 127486, г. Москва, Бескудниковский б-р, 59А.
Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 10277397146006
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 7713059497
Филиал: Чебоксарский филиал федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Адрес филиала: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.
E-mail: info@mntkcheb.ru, официальный сайт в сети «Интернет» https://mntkcheb.ru

10. Реквизиты и подписи Сторон.

Исполнитель:
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Юридический адрес: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а
Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:
Л/с 30156Э31560,

Потребитель (с согласия законного представителя):
Сведения о Потребителе:
Ф.И.О.:
Дата рождения:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Потребитель:
_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России//УФК по Нижегородской области, г Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

_____ /_____
Подпись Ф.И.О.

М.П.

Сведения о законном представителе Потребителя:
Ф.И.О.:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Документ, подтверждающий полномочия законного представителя *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
На заключение договора согласен(на)
Законный представитель :
_____ /_____
Подпись Ф.И.О.

Приложение № 1
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность исполнителя, в соответствии лицензией

В соответствии с Лицензией от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, Исполнителем осуществляется следующая медицинская деятельность по адресу места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, проспект Тракторостроителей, д. 10, выполняемые работы, оказываемые услуги:

**указывается в соответствии с действующей лицензией выполняемые работы, оказываемые услуги:*

Приложение № 2
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

ИНСТРУКЦИЯ
по эксплуатации, уходу за очками и линзами

Общее

Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с данной инструкцией. Ее создание продиктовано заботой о Вашем здоровье!

Очки корригирующие, предназначены для коррекции проблем с фокусировкой зрения, таких как близорукость, дальнозоркость, астигматизм или пресбиопия. Они позволяют человеку видеть чётче и комфортнее, снижая нагрузку на глаза.

В отличие от очков с прозрачными линзами без диоптрий, которые могут быть декоративными или выполнять защитные функции (например, фильтрация синего света), корригирующие очки обязательно имеют диоптрии, подобранные на основе результатов офтальмологического обследования. Такие линзы направлены на исправление конкретных оптических недостатков.

ВАЖНО:

- очки корригирующие не лечат заболевания глаз и его придаточного аппарата, а лишь компенсируют оптические недостатки зрения на время ношения очков;

- подбор очков является индивидуальным, его осуществляет врач-офтальмолог или медицинский оптик-оптометрист после обследования органа зрения. При этом, медицинским специалистом учитывается не только заболевание органа зрения и его придаточного аппарата, степень нарушения зрения, но и межзрачковое расстояние, особенности зрения и образ жизни пациента.
- очки необходимо носить регулярно. Если при близорукости или дальнозоркости носить их не постоянно, а от случая к случаю, это может способствовать прогрессированию нарушения;
- если Вы заметили, что зрение стало хуже, обязательно обратитесь к врачу-офтальмологу. Только специалист сможет правильно диагностировать проблему и подобрать подходящие корригирующие очки.

Правила эксплуатации, ухода за очками и линзами

- очки предназначены для ношения на лице, опираясь при этом упорами на нос, а заушниками на уши. Носить очки на голове или в качестве ободка не допускается;
- снимать и надевать очки необходимо обязательно придерживая за заушники и только двумя руками, во избежание деформации оправы;
- очки следует хранить в специальном жестком футляре для очков, соответствующему размеру при температуре от (-10) до (+35)°С. При хранении изделие необходимо оборачивать салфеткой, для очков;
- в целях правильного ухода очковые линзы следует протирать специальной салфеткой из микрофибры. Для ежедневной очистки рекомендуется пользоваться специальным очищающим спреем. При сильном загрязнении промывать раствором нейтрального мыла или неагрессивного моющего средства в воде при температуре не выше плюс 40°С или пользоваться специальными жидкостями для очистки очковых линз, затем протирать чистой мягкой салфеткой. Не использовать грязные или жесткие салфетки, которые могут повредить поверхности изделия, кожа, замша – исключены.
- не допускается применение органических растворителей (спирт, ацетон, толуол и т.п.) и едких химических веществ для протирки очков. Не допускается применение для очистки линз алкогольных, спиртосодержащих веществ и стеклоочистителей;
- рекомендуется регулярно (1 раз в 3 месяца) производить ультразвуковую чистку в оптическом салоне;
- будьте аккуратны: кислоты, щелочи, уходовая косметика в виде спреев, лаки для волос могут повредить линзы ваших очков, молекулы этих веществ оседают на линзах, и их трудно очистить. При попадании этих веществ на линзы хорошо промойте и высушите их без промедления;
- не допускается класть очки линзами на твердую поверхность, полировка линз невозможна, берегите их от появления царапин, трещин, сколов и прочих повреждений;
- не допускается подвергать очки механическим воздействиям, а также вибрационным и ударным нагрузкам, воздействию химреактивов, избегайте контактов изделия с алкоголем, бензином, растворителями или материалами, содержащими какие-либо из химикатов (клей, чистящие средства, краска), т.к. это может привести изделие в негодность;
- не допускается прикладывать к очкам значительные механические усилия;
- не допускается пользоваться очками в помещениях с температурой выше плюс 60°С, в том числе в бане, сауне и пр.;
- избегайте воздействия на очки прямых лучей солнца, нагрева очков и не подвергайте очки резким перепадам температуры: это неизбежно испортит покрытие линз и деформирует оправу. Не кладите очки на приборную панель автомобиля, вблизи открытого огня, отопительных приборов, электроплит, нагревательных систем, иных тепловых источников, при проведении сварочных работ без защитной маски, при работе с разогретыми духовками, при пользовании феном для волос и в других ситуациях, когда невозможно проконтролировать степень нагревания изделия;
- с осторожностью используйте очки на пляже, не допуская соприкосновения линз с нагретыми солнцем поверхностями;
- очки не предназначены для купания в водоёмах и соленой воде. Металлические части оправы могут окислиться: появится неприятный зелёный налёт;
- избегайте соприкосновения очковых линз с песком, иными абразивными материалами, т.к. на линзах могут образоваться повреждения, царапины и т.п.;
- не допускайте падения очков с высоты более 0,5 м на твердую поверхность;
- в случае деформации оправы, ослаблении креплений и соединений, а также при возникновении других неисправностей необходимо обратиться в салон оптики. Самостоятельный ремонт не допускается;

• необходимо регулярно проверять затяжку винтов, крепящих заушник к оправе и линзы в металлической и безободковой оправах;

• регулярно проверяйте посадку очков в оптике, т.к. даже минимальные изменения в их посадке могут повлечь искажения зрения и дискомфорт;

• не пользуйтесь очками с повреждёнными, поцарапанными линзами;

• не рекомендуется использовать очки с деревянными заушниками во время работ или занятий, вызывающих усиленное потоотделение. Со временем возможны изменения цвета и текстуры дерева. Причинами изменений цвета и текстуры дерева являются: кислотность человеческого пота, естественный процесс старения, подверженность солнечному облучению. Изменения цвета и текстуры под воздействием пота, жира или косметики не являются дефектом и поэтому не считаются гарантийным случаем. Дерево меняет цвет под воздействием естественного старения и солнечных лучей. Этот случай также не считается гарантийным;

• очки с кожаной отделкой по рамке и изделия из кожи не предназначены для постоянного ношения. Причинами изменения цвета и текстуры является кислотность человеческого пота.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна. Я инструктирован(а) в отношении техники ухода и использования очков и полностью несу ответственность за нарушения правил этой техники, а также этой инструкции.

Потребитель:

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Законный представитель Потребителя:

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 4
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___

СОГЛАСИЕ
Потребителя и его законного представителя
на отступление от стандарта медицинской помощи

В соответствии с п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 подтверждаю и согласовываю оказание Потребителю платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Потребитель:

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Законный представитель Потребителя:

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 5
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202___г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
о необходимости предоставлении дополнительных медицинских услуг,
не предусмотренных договором

В соответствии с п. 26 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 Исполнитель предупреждает Потребителя и его законного представителя о том, что при предоставлении платных медицинских услуг в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, а именно:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____ (сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

В связи с указанным обстоятельством предлагаем подписать дополнительное соглашение к договору на оказание платных медицинских услуг.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объёме и понятна.

Потребитель:

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Законный представитель Потребителя:

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 16
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

Дополнительное соглашение
к Договору № _____ от «___» _____ 202___г.
на оказание платных медицинских услуг
в Отделении оптической коррекции зрения

г. Чебоксары «____» _____ 20 ____ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, в лице _____ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России _____, действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)
медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____ именуемый(ая) в дальнейшем «**Потребитель**»

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан
Я, _____
документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)
Пациента _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)
дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(число, месяц, год рождения)
именуемый(ая) в дальнейшем **представитель потребителя**,

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», договорились о нижеследующем:

1. В связи с изменением плана и объема лечения внести изменение в пункт 1.3. Договора от «___» _____ 202___г. № _____ и изложить его в новой редакции:

«1.3. Перечень платных медицинских услуг и их стоимость предоставляемых в соответствии с настоящим договором:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.».

2. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 2 (двух) имеющих равную силу экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

3. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания Сторонами и является неотъемлемой частью Договора от «___» _____ 202___г. № _____.

Исполнитель:
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Юридический адрес: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а
Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:
Л/с 30156Э31560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России//УФК по Нижегородской области, г Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

М.П.

Потребитель (представитель Потребителя):
Сведения о Потребителе:
Ф.И.О.:
Дата рождения:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Потребитель:
_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Сведения о законном представителе Потребителя *(Этот раздел заполняется только при заключении договора на оказание медицинских услуг лицам, не достигших 14 лет, или недееспособным гражданам)*:
Ф.И.О.:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Документ, подтверждающий полномочия законного представителя *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Представитель Потребителя:
_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Приложение № 17
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

Дополнительное соглашение
к Договору № _____от «___» _____ 202___г.
трехстороннему на оказание платных медицинских услуг
в Отделении оптической коррекции зрения

г. Чебоксары «___» _____ 20 ____ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, в лице _____ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России _____, действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____ именуемый(ая) в дальнейшем **«Потребитель»**

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан
Я, _____

документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)

дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(число, месяц, год рождения)

именуемый(ая) в дальнейшем **представитель потребителя**,

с другой стороны,
а также гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)

документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)

_____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

именуемый(ая) в дальнейшем «**Заказчик**», с третьей стороны, совместно именуемые «Стороны», договорились о нижеследующем:

1. В связи с изменением плана и объема лечения внести изменение в пункт 1.3. Договора от «___» _____ 202___г. № _____ и изложить его в новой редакции:

«1.3. Перечень платных медицинских услуг и их стоимость предоставляемых в соответствии с настоящим договором:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.».

2. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 3 (трех) имеющих равную силу экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

3. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания Сторонами и является неотъемлемой частью Договора от «___» _____ 202___г. № _____.

Исполнитель:
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Юридический адрес: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а
Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:
Л/с 30156Э31560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России//УФК по Нижегородской области, г Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

М.П.

Потребитель (представитель Потребителя):
Сведения о Потребителе:
Ф.И.О.:
Дата рождения:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Потребитель:
_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Сведения о законном представителе Потребителя *(Этот раздел заполняется только при заключении договора на оказание медицинских услуг лицам, не достигших 14 лет, или недееспособным гражданам)*:
Ф.И.О.:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Документ, подтверждающий полномочия законного представителя *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Представитель Потребителя:
_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Заказчик по договору со стороны Потребителя (представителя потребителя)

_____
Фамилия имя отчество (при наличии)

_____
документ, удостоверяющий личность: наименование, серия номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

Зарегистрирован(а) по адресу: _____

Проживающий по адресу: _____

Телефон: _____ Адрес электронной почты (если имеется): _____

_____ _____

(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение № 18
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

Дополнительное соглашение
к Договору № _____от «___» _____ 202___г.
на оказание платных медицинских услуг
с согласия законного представителя несовершеннолетнего лица в возрасте 14-18лет
в Отделении оптической коррекции зрения

г. Чебоксары « ___ » _____ 20 ____ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, в лице _____ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России _____, действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) – полностью, дата рождения)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____ именуемый(ая) в дальнейшем **«Потребитель»**, с другой стороны,
с согласия законного представителя _____ Потребителя
(указать: мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

гражданина(ки) _____
(фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя - полностью)

документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)

_____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

совместно именуемые «Стороны», договорились о нижеследующем:

1. В связи с изменением плана и объема лечения внести изменение в пункт 1.3. Договора от «___» _____ 202___г. № _____ и изложить его в новой редакции:

«1.3. Перечень платных медицинских услуг и их стоимость предоставляемых в соответствии с настоящим договором:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.».

2. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 3 (трех) имеющих равную силу экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

3. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания Сторонами и является неотъемлемой частью Договора от «___» _____ 202___г. № _____.

Исполнитель:
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Юридический адрес: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а
Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:
Л/с 30156Э31560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России//УФК по Нижегородской области, г Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

М.П.

Потребитель (с согласия законного представителя):
Сведения о Потребителе:
Ф.И.О.:
Дата рождения:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
Потребитель:

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Сведения о законном представителе Потребителя:
Ф.И.О.:
Документ, удостоверяющий личность *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Документ, подтверждающий полномочия законного представителя *(указать наименование, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*:
Адрес регистрации:
Адрес места жительства:
Телефон:
Электронный адрес (при наличии):
На заключение дополнительного соглашения согласен(на)
Законный представитель :

_____ / _____
Подпись Ф.И.О.

Приложение № 19
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в Отделении оптической коррекции зрения

Я пациент _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - полностью)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
дата рождения _____
(число, месяц, год рождения)

зарегистрирован(а) по адресу: _____
(адрес регистрации)

проживающий(ая) по адресу: _____
(адрес фактического проживания)

документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)

_____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан
Я, _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя пациента - полностью)

документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)

дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(число, месяц, год рождения)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинского вмешательства в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее - «Учреждение»), в том числе 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, утверждённой приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. № 390н (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; исследования функций нервной системы; лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно),
- Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинского вмешательства в Отделении оптической коррекции зрения с консультацией и рекомендациями врача-офтальмолога, а также с проведением необходимых обследований органа зрения и желаю получить соответствующие медицинские услуги в Учреждении:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

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 (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;
- Я информирован(а) о целях, объеме, характере предлагаемого вышеуказанного медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время проведения медицинского вмешательства;
- Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о контактных и бесконтактных методах диагностического обследования в офтальмологии, а также о перечне медицинских процедур, которые будут проводиться при оказании вышеуказанных услуг, а именно: визометрия, авторефкератометрия, биомикроскопия, кератография роговицы, оптическая биометрия,

_____
(указать дополнительные, при необходимости)

- Я информирован(а) о вероятности назначения консультаций заведующего отделения, врача-офтальмолога другого отделения и проведение дополнительных методов офтальмологического обследования, а именно: биометрии, периметрии, тонометрии, офтальмоскопии, ультразвукового исследования глазного яблока, компьютерной периметрии, определения пространственно-контрастной чувствительности, электрофизиологического исследования зрительного нерва и сетчатки, оптической когерентной томографии, гониоскопии, тонографии, ультразвукой биомикроскопии и доплерографии, микропериметрии, конфокальной микроскопии роговицы и эндотелиальной микроскопии, лазерной тиндалометрии, оптического анализатора роговицы, аберрометрии, тесты на гетерофорию и бинокулярное зрение, аккомодографии, а также промывания слезных путей, массажа век, эпиляции ресниц для диагностики клеща Demodex, взятие мазка/соскоба с конъюнктивы и согласен(а) на все виды консультаций и обследований в необходимых объемах, часть из которых осуществляется средним медицинским персоналом Учреждения;
- Я информирован(а), что в процессе оказания услуг при необходимости могут быть использованы лекарственные средства в целях расширения зрачка. Расширенные зрачки сохраняются индивидуально в течение 2-12 часов (у особо чувствительных пациентов – значительно дольше, до 12-24 часов), при этом может беспокоить светобоязнь, снижение зрения, особенно на близком расстоянии;
- Я информирован(а), что контактные методы исследования проводятся под местной анестезией и могут вызвать: эрозию роговицы, аллергические реакции на используемые препараты, субконъюнктивальное кровоизлияние,

_____
(указать дополнительные, при необходимости)

- Я проинформирован(а) и осознаю, что предоставление услуги может вызвать болевой синдром разной степени интенсивности и согласен (а) с тем, что это является нормальным состоянием ответной реакции организма. В случае индивидуальной особенности организма, эмоциональной лабильности пациента степень болевого синдрома может изменяться вне зависимости от применяемого способа обезболивания;
- Я проинформирован(а) и понимаю, что при оказании услуг может понадобиться проведение местной анестезии, путем закапывания в глаз обезболивающих лекарственных средств (инокаин 0,4%). Местная анестезия приводит к временной потере тактильной, температурной и болевой чувствительности в области применения. После применения обезболивающих лекарственных средств могут возникнуть: аллергические реакции на применяемые препараты, эпителиопатия, эрозия роговицы, субконъюнктивальные кровоизлияния, воспалительные заболевания переднего отрезка глаза. Кроме того, я предупрежден(а), что последствиями отказа от данной манипуляции может быть: невозможность выполнения медицинского вмешательства;
- Я осведомлен(а) о том, что медицинское вмешательство может быть многозтапным. Кроме того, я предупрежден(а), что в случае необходимости мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) может понадобиться дополнительные обследования и консультации специалистов и согласен(а) на все виды этих обследований и консультаций в необходимых объемах;
- Я подтверждаю, что согласовываю оказание мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств,

входящих в стандарт медицинской помощи», а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- До моего сведения доведено, что при направлении на один или более методов обследования врачом-офтальмологом другого медицинского учреждения, я обязан(а) предоставить заключение (направление) врача с указанием диагноза и рекомендуемого обследования;
- Я извещен(а) о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств;
- Я добросовестно предоставил(а) врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (лица, законным представителем которого я являюсь), 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(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я извещен(а), понимаю и согласен(на), что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, и/или иных нежелательных событий, обусловленных биологическими особенностями организма, при проведении предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинского вмешательства даже в случае, когда медицинская помощь (услуга) оказана с соблюдением всех необходимых требований, и Учреждение не несет ответственности за их возникновение;
- Я уведомлен(а), об обязанности соблюдения режима лечения (указаний, рекомендаций) назначенного медицинским работником, в том числе в период временной нетрудоспособности, а также о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья;
- Я предупрежден(а) и осознаю, что в случае невыполнения мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) рекомендаций лечащего врача или сокрытия противопоказаний для лечения, Учреждение не несет ответственности за нежелательные последствия данного медицинского вмешательства;
- Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) офтальмологического заболевания могу получить медицинские услуги в других медицинских учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение вышеуказанной медицинской услуги в Учреждении;
- Я уведомлен(а), что на территории Учреждения осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной безопасности и безопасности деятельности Учреждения, антитеррористической защищенности безопасности работников Учреждения, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Учреждения, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Учреждения; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;
- Я ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка, установленного в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- Я согласен(а) на участие в рамках практической подготовки обучающихся в Учреждении в оказании мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи, на присутствие врачей-ординаторов в процессе проведения медицинского вмешательства мне (лицу, законным представителем которого являюсь), а также на присутствие медицинских специалистов в целях использования результатов медицинского вмешательства в учебном процессе, на исключительно в медицинских или обучающих целях, проведения научных исследований и публикаций в научных изданиях, с учетом сохранения врачебной тайны, под тщательным контролем со стороны штатных специалистов и проинформировал(а) о том, что на любом этапе обследования могу отказаться от участия врачей-ординаторов;
- Даю свое согласие на использование изображения (фотографии, видео) моих глаз (глаз лица, законным представителем которого я являюсь) в медицинской документации, в научных и образовательных целях, с учетом сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимаю, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью Учреждения. Фото- и видеосъемка производится для цели

фиксирования результатов медицинского вмешательства. Я согласен(на) на проведение фото- и видеосъемки во время медицинского вмешательства и публикацию фотографий моих глаз (глаз лица, законным представителем которого я являюсь) на условиях анонимности в печатных изданиях и сети Интернет;

- Я информирован о том, что в случаях необходимости проведения по медицинским показаниям дополнительных исследований результаты этих исследований должны быть получены мною лично либо представителем по доверенности (при этом в доверенности должно содержаться мое согласие о предоставлении сведений, составляющих врачебную тайну), при невозможности получения лично даю свое согласие направлять результаты исследований по каналам электронной почты по адресу:

_____
(указать адрес электронной почты)

- Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем (лица, законным представителем которого я являюсь) диагнозе, степени тяжести и характере моего (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания родственникам, законным представителям, гражданам:

_____
(Перечислить фамилии, имена, отчества – полностью, дата рождения, указать степень родства или иные идентифицирующие сведения)

- Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право от него отказаться;
- Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинского вмешательства и получил(а) на них исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех диагностических методов обследования;
- Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения плана обследования (в связи с необходимостью проведения дополнительных диагностических методов, необходимость в которых невозможно в полной мере предвидеть заранее), и, как следствие, изменение продолжительности и стоимости медицинских услуг;
- Со мною согласован и одобрен предложенный мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) план обследования и лечения, стоимость и сроки оказания медицинских услуг, включая ожидаемые результаты, риски, возможные осложнения;
- Я согласен(а) на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных в соответствии с действующим законодательством;
- Я выражаю свое несогласие со следующими пунктами:

_____
(указать при наличии)

- Я утверждаю, что мне разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к обследованию, мною заданы все интересующие меня вопросы, получены все исчерпывающие ответы и разъяснения медицинского работника по всем этапам вышеуказанного медицинского вмешательства, мне понятны возможные риски предстоящего медицинского вмешательства, осложнения и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства;
- У меня было достаточно времени, чтобы принять решение о необходимости получения мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг;
- Я принимаю решение приступить к вышеуказанному медицинскому вмешательству на предложенных условиях;
- Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия и был ознакомлен(а) до начала медицинского вмешательства;
- Я подтверждаю, что решение о получении мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли;
- Я информирован(а) о возможности заполнения анкет для оценки качества оказания медицинских услуг в Учреждении, размещенных на сайте Учреждения и на бумажных носителях на информационных стендах Учреждения;
- Настоящее согласие подписано мною на приеме у медицинского работника Учреждения после проведения разъяснительной беседы. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Пациент
(законный представитель пациента)_____ _____ _____

	(подпись)	(Ф.И.О.)	(число, месяц, год)
В присутствии переводчика (для иностранных граждан)	(подпись)	(Ф.И.О.)	(число, месяц, год)

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 расписался в моем присутствии.

	(подпись)	(Ф.И.О.)	(число, месяц, год)
Врач-офтальмолог			

Примечание:

В случаях, когда необходимость проведения диагностического обследования неотложна, а:

- *отсутствуют законные представители лиц, не достигших совершеннолетнего возраста, или недееспособных граждан,*
- *состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю,*

вопрос об обследовании в интересах Пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением директора Учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.

Приложение № 20
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в Отделении оптической коррекции зрения (очковая коррекция зрения)

Я пациент _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - полностью)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
дата рождения _____
(число, месяц, год рождения)

зарегистрирован(а) по адресу: _____
(адрес регистрации)

проживающий(ая) по адресу: _____
(адрес фактического проживания)

документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)

_____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан
Я, _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя пациента - полностью)

документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)
Пациента _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)

дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(число, месяц, год рождения)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинского вмешательства в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее - «Учреждение»), в том числе 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, утверждённой приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. № 390н (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; исследования функций нервной системы; лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно),

- Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинского вмешательства в Отделении оптической коррекции зрения с консультацией и рекомендациями врача-офтальмолога, а также с проведением необходимых обследований органа зрения, очковой коррекции зрения и желаю получить соответствующие медицинские услуги в Учреждении:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.

Итого:	

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

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 (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;
- Я информирован(а) о целях, объеме, характере предлагаемого офтальмологического диагностического обследования и очковой коррекции зрения, а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время проведения обследования и подбора очковой коррекции зрения;
- Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию методах диагностического обследования в офтальмологии, о перечне медицинских процедур, которые будут проводиться при оказании вышеуказанных услуг и которые входят в офтальмологическое диагностическое обследование и очковой коррекции зрения, а именно: визометрия, авторефкератометрия, тесты на гетерофорию и характер зрения, подвижность глазных яблок, определение ведущего глаза, пупиллометрия, биомикроскопия, оптическая биометрия,

_____
(указать дополнительные, при необходимости)

- Я информирован(а), что после проведенного диагностического обследования органа зрения мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) рекомендована очковая коррекция зрения.
- Я информирован(а), что основная цель очковой коррекции зрения — компенсировать с помощью очковых линз оптические недостатки глаза, связанные с аномалиями рефракции (близорукостью, дальнозоркостью, астигматизмом, пресбиопией и другими состояниями), и достичь максимально возможной остроты зрения и оптимальных функциональных результатов. Очки компенсируют оптические недостатки на время их ношения.
- Я информирован(а) о вероятности назначения консультаций заведующего отделения, врача-офтальмолога другого отделения и проведение дополнительных методов офтальмологического обследования, а именно: биометрии, периметрии, тонометрии, офтальмоскопии, ультразвукового исследования глазного яблока, компьютерной периметрии, определения пространственно-контрастной чувствительности, электрофизиологического исследования зрительного нерва и сетчатки, оптической когерентной томографии, гониоскопии, топографии, ультразвукой биомикроскопии и доплерографии, микропериметрии, конфокальной микроскопии роговицы и эндотелиальной микроскопии, лазерной тиндалометрии, оптического анализатора роговицы, аберрометрии, тесты на гетерофорию и бинокулярное зрение, аккомодографии, а также промывания слезных путей, массажа век, эпиляции ресниц для диагностики клеща Demodex, взятие мазка/соскоба с конъюнктивы и согласен(а) на все виды консультаций и обследований в необходимых объемах, часть из которых осуществляется средним медицинским персоналом Учреждения;
- Я осведомлен(а) о том, что обследование и очковая коррекция зрения (подбор очков) осуществляется с учётом рефракции, межзрачкового расстояния и индивидуальных особенностей пациента и может быть многоэтапным, а также может потребоваться назначение промежуточных очков, которые оплачиваются мною отдельно. При назначении промежуточной очковой коррекции очки подбираются по переносимости. Сроки использования промежуточной очковой коррекции обговариваются лечащим врачом и заносятся в медицинскую документацию;
- Я предупрежден(а), что в случае необходимости мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) может понадобиться дополнительные обследования и консультации специалистов и согласен(а) на все виды этих обследований и консультаций в необходимых объемах;
- Я подтверждаю, что согласовываю оказание мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи», а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- До моего сведения доведено, что при направлении на один или более методов обследования врачом-офтальмологом другого медицинского учреждения, я обязан(а) предоставить заключение (направление) врача с указанием диагноза и рекомендуемого обследования;

- Я получил(а) необходимые разъяснения относительно предложенного мне метода очковой коррекции и его предположительных результатах, а также рекомендации о соблюдении режима во время ношения очков, которые обязуюсь выполнять;
- Мне даны подробные разъяснения о возможностях, целях, методах оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты оптической коррекции зрения, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, особенностях очковой коррекции, механизме и принципе действия данного метода коррекции;
- Я уведомлен(а) и осознаю, что в процессе адаптации к очкам (очковой коррекции) и при использовании очков могут быть следующие побочные явления: головокружение, тошнота, головные боли, дезориентация, явления затуманивания и нечеткого зрения, искажение формы и размеров предметов, трудности при работе на близком расстоянии, двоение, снижение зрения при слабом освещении, трудности при управлении транспортом в ночное время, нарушение бинокулярного зрения и мышечного баланса, снижение работоспособности;
- Я информирован(а), что при возникновении осложнений, либо жалоб на ухудшение зрения, двоение на фоне ношения очков более 14 дней, необходимо обратиться к лечащему врачу;
- Меня проинформировали о методике подбора корригирующих очков (в том числе очковых линз и очковой оправы) и последующих обязательных систематических осмотрах у врача;
- Я согласен(на) на проведение врачом-офтальмологом обязательных систематических осмотров: 1 раз в 6 месяцев;
- Я информирован(а) и осознаю, что в случае неявки без предварительного предупреждения на осмотры, ответственность за отсутствие должного эффекта в полном объеме возлагается на меня. При опоздании на прием более чем на 20 минут врач имеет право отказать в плановом осмотре, я буду должен(а) записаться на прием к врачу на ближайшее свободное время;
- Я предупрежден(а) и осознаю, что своевременная очковая коррекция — это не только улучшение качества зрения, но и профилактика прогрессирования, ухудшения зрения. Оптимальный срок замены очков — от 1 до 3 лет. Этот диапазон связан с естественными изменениями зрения, а также с износом линз и оправы. Срок службы очков сокращается при высокой нагрузке на глаза или возрастных изменениях, либо если пациент много работает за компьютером, часто бывает на улице, а также в пыльных и влажных условиях. У детей и подростков срок может сокращаться в связи с активным ростом организма и развитием глазных структур, оптическая коррекция может перестать быть актуальной, а устаревшие линзы будут мешать четко видеть и перегружать зрение. На продолжительность также влияет интенсивность, условия использования очков, качество линз и покрытия, условия хранения и ухода, даже небольшие механические повреждения постепенно ухудшают прозрачность линз, а износ оправы влияет на посадку и комфорт. Несвоевременная замена очков вызывает усталость глаз, головные боли и ухудшает качество жизни;
- Меня проинформировали в устной и письменной форме о правилах эксплуатации очков, и Я получил(а) инструкцию производителя и инструкцию по уходу и эксплуатации очков и обязуюсь соблюдать требования указанных инструкций, а также назначения и рекомендации лечащего врача по использованию очков;
- Я осознаю, что несу ответственность за выполнение правил ношения и ухода за очками (очковыми линзами и очковой оправой), изложенными в инструкции производителя, инструкции по уходу и эксплуатации очков, т.к. понимаю, что несоблюдение данных правил может повлечь за собой ряд возможных осложнений по моей вине. Я понимаю, что при поломке очковой оправы, а также наличии на очковой линзе любого рода механических повреждений, образовавшиеся в результате неаккуратного обращения, потребуется заказ новых очков с оплатой за мой счет;
- Я предупрежден(а), что изготовитель очков гарантирует надежность соединения очковых линз с оправой в течение 6 месяцев со дня получения очков при соблюдении правил эксплуатации, прописанных в инструкции;
- Я проинформирован(а) о возможных альтернативных способах коррекции зрения, таких как: жесткие газопроницаемые контактные линзы (ортокератологические, склеральные, роговичные), мягкие контактные линзы;
- Я осознаю, что для получения лучших результатов должен(на) неукоснительно исполнять все рекомендации, предписания и назначения лечащего врача, в том числе назначенного режима ношения и очков, рекомендаций по явкам в Учреждение на контрольные осмотры, консультации специалистов, и иные требования и инструкции, влияющие на состояние здоровья и результат лечения, в т.ч. с использованием очков;
- Я извещен(а), понимаю и согласен(на), что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, и/или иных

нежелательных событий, обусловленных биологическими особенностями организма, при проведении предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинского вмешательства даже в случае, когда медицинская помощь (услуга) оказана с соблюдением всех необходимых требований, и Учреждение не несет ответственности за их возникновение;
- Я уведомлен(а), об обязанности соблюдения режима лечения (указаний, рекомендаций) назначенного медицинским работником, в том числе в период временной нетрудоспособности, а также о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья;
- Я предупрежден(а) и осознаю, что в случае невыполнения мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) рекомендаций лечащего врача или сокрытия противопоказаний для лечения, Учреждение не несет ответственности за нежелательные последствия данного медицинского вмешательства;
- Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) офтальмологического заболевания могу получить медицинские услуги в других медицинских учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение вышеуказанной медицинской услуги в Учреждении;
- Я извещен(а) о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств;
- Я добросовестно предоставил(а) врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (лица, законным представителем которого я являюсь), 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(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я уведомлен(а), что на территории Учреждения осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной безопасности и безопасности деятельности Учреждения, антитеррористической защищенности безопасности работников Учреждения, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Учреждения, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Учреждения; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;
- Я ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка, установленного в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- Я согласен(а) на участие в рамках практической подготовки обучающихся в Учреждении в оказании мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи, на присутствие врачей-ординаторов в процессе проведения медицинского вмешательства мне (лицу, законным представителем которого являюсь), а также на присутствие медицинских специалистов в целях использования результатов медицинского вмешательства в учебном процессе, на исключительно в медицинских или обучающих целях, проведения научных исследований и публикаций в научных изданиях, с учетом сохранения врачебной тайны, под тщательным контролем со стороны штатных специалистов и проинформирован(а) о том, что на любом этапе обследования могу отказаться от участия врачей-ординаторов;
- Даю свое согласие на использование изображения (фотографии, видео) моих глаз (глаз лица, законным представителем которого я являюсь) в медицинской документации, в научных и образовательных целях, с учетом сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимаю, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью Учреждения. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Я согласен(на) на проведение фото- и видеосъемки во время медицинского вмешательства и публикацию фотографий моих глаз (глаз лица, законным представителем которого я являюсь) на условиях анонимности в печатных изданиях и сети Интернет;
- Я информирован о том, что в случаях необходимости проведения по медицинским показаниям дополнительных исследований результаты этих исследований должны быть получены мною лично либо представителем по доверенности (при этом в доверенности должно содержаться мое согласие о

предоставлении сведений, составляющих врачебную тайну), при невозможности получения лично даю свое согласие направлять результаты исследований по каналам электронной почты по адресу:

_____

(указать адрес электронной почты)

- Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем (лица, законным представителем которого я являюсь) диагнозе, степени тяжести и характере моего (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания родственникам, законным представителям, гражданам:

_____

(Перечислить фамилии, имена, отчества – полностью, дата рождения, указать степень родства или иные идентифицирующие сведения)

- Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право от него отказаться;
- Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинского вмешательства и получил(а) на них исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех диагностических методов обследования;
- Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения плана обследования (в связи с необходимостью проведения дополнительных диагностических методов, необходимость в которых невозможно в полной мере предвидеть заранее), и, как следствие, изменение продолжительности и стоимости медицинских услуг;
- Со мною согласован и одобрен предложенный мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) план обследования и лечения, стоимость и сроки оказания медицинских услуг, включая ожидаемые результаты, риски, возможные осложнения;
- Я согласен(а) на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных в соответствии с действующим законодательством;
- Я выражаю свое несогласие со следующими пунктами:

_____

(указать при наличии)

- Я утверждаю, что мне разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к обследованию, мною заданы все интересующие меня вопросы, получены все исчерпывающие ответы и разъяснения медицинского работника по всем этапам вышеуказанного медицинского вмешательства, мне понятны возможные риски предстоящего медицинского вмешательства, осложнения и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства;
- У меня было достаточно времени, чтобы принять решение о необходимости получения мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг;
- Я принимаю решение приступить к вышеуказанному медицинскому вмешательству на предложенных условиях;
- Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия и был ознакомлен(а) до начала медицинского вмешательства;
- Я подтверждаю, что решение о получении мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли;
- Я информирован(а) о возможности заполнения анкет для оценки качества оказания медицинских услуг в Учреждении, размещенных на сайте Учреждения и на бумажных носителях на информационных стендах Учреждения;
- Настоящее согласие подписано мною на приеме у медицинского работника Учреждения после проведения разъяснительной беседы. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Пациент
(законный представитель пациента) _____ _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.) (число, месяц, год)

В присутствии переводчика
(для иностранных граждан) _____ _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.) (число, месяц, год)

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 расписался в моем присутствии.

Врач-офтальмолог _____ _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.) (число, месяц, год)

Примечание:

В случаях, когда необходимость проведения диагностического обследования неотложна, а:

- отсутствуют законные представители лиц, не достигших совершеннолетнего возраста, или недееспособных граждан,

- состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю,

вопрос об обследовании в интересах Пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением директора Учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.

Приложение № 21
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в Отделении оптической коррекции зрения (подбор мягких контактных линз)

Я пациент _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - полностью)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
дата рождения _____
(число, месяц, год рождения)

зарегистрирован(а) по адресу: _____
(адрес регистрации)

проживающий(ая) по адресу: _____
(адрес фактического проживания)

документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)

_____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя пациента - полностью)

документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)
Пациента _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)

дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(число, месяц, год рождения)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинского вмешательства в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее - «Учреждение»), в том числе 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, утверждённой приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. № 390н (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; исследования функций нервной системы; лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно),

- Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинского вмешательства в Отделении оптической коррекции зрения с консультацией и рекомендациями врача-офтальмолога, а также с проведением необходимых обследований органа зрения, подбора средств контактной коррекции с применением мягких контактных линз и желаю получить соответствующие медицинские услуги в Учреждении:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.

Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

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 (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;
- Я информирован(а) о целях, объеме, характере предлагаемого офтальмологического диагностического обследования и контактной коррекции зрения с применением мягких контактных линз (далее - МКЛ), а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время проведения обследования и использования МКЛ;
- Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о контактных и бесконтактных методах диагностического обследования в офтальмологии, о перечне медицинских процедур, которые будут проводиться при оказании вышеуказанных услуг и которые входят в офтальмологическое диагностическое обследование и подбор средств контактной коррекции с применением МКЛ, а именно: визометрия, авторефкератометрия, биомикроскопия, кератография роговицы, оптическая биометрия,

_____
(указать дополнительные, при необходимости)

- Я информирован(а), что основная цель контактной коррекции зрения — достичь максимально возможной остроты зрения и оптимальных функциональных результатов при различных аномалиях рефракции. Это достигается за счёт размещения специальных оптических линз на поверхности глаза;
- Я информирован(а), что после проведенного диагностического обследования органа зрения мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) рекомендована контактная коррекция зрения с применением МКЛ.
- Я информирован(а), что коррекция зрения с применением МКЛ позволяет при их ношении корректировать остроту зрения при различных нарушениях рефракции, осуществлять контроль прогрессирующей миопии (близорукости) у детей и подростков, удобны при занятиях спортом, активном отдыхе и в профессиях, где очки могут быть небезопасны (например, для лётчиков, водителей). МКЛ могут использоваться по медицинским показаниям в терапевтических целях, например, как бандажная защита роговицы при травмах, ожогах, рецидивирующих эрозиях, а также для пролонгации действия лекарственных препаратов;
- Я информирован(а) о вероятности назначения консультаций заведующего отделения, врача-офтальмолога другого отделения и проведение дополнительных методов офтальмологического обследования, а именно: биометрии, периметрии, тонометрии, офтальмоскопии, ультразвукового исследования глазного яблока, компьютерной периметрии, определения пространственно-контрастной чувствительности, электрофизиологического исследования зрительного нерва и сетчатки, оптической когерентной томографии, гониоскопии, тонографии, ультразвукой биомикроскопии и доплерографии, микропериметрии, конфокальной микроскопии роговицы и эндотелиальной микроскопии, лазерной тиндалометрии, оптического анализатора роговицы, аберрометрии, тесты на гетерофорию и бинокулярное зрение, аккомодографии, а также промывания слезных путей, массажа век, эпиляции ресниц для диагностики клеща Demodex, взятие мазка/соскоба с конъюнктивы и согласен(а) на все виды консультаций и обследований в необходимых объемах, часть из которых осуществляется средним медицинским персоналом Учреждения;
- Я информирован(а), что при подборе МКЛ мне (лицу, законным представителем которого я являюсь), при необходимости, будет примерена диагностическая линза, производиться окрашивание роговицы флюоресцеином, либо другим витальным красителем; перед примеркой диагностической линзы для обезболивания и снижения слезопродукции в целях адекватной оценки посадки МКЛ может понадобиться проведение местной анестезии, путем закапывания в глаз обезболивающих лекарственных средств (инокаин 0,4%). Местная анестезия приводит к временной потере тактильной, температурной и болевой чувствительности в области применения. После применения окрашивания, обезболивающих лекарственных средств могут возникнуть: аллергические реакции на применяемые препараты, эпителиопатия, эрозия роговицы, субконъюнктивальные кровоизлияния, воспалительные заболевания переднего отрезка глаза. Кроме того, я предупрежден(а), что последствиями отказа от данной манипуляции может быть: невозможность выполнения медицинского вмешательства;

- Я осведомлен(а) о том, что обследование и контактная коррекция зрения с применением МКЛ может быть многоэтапным;
- Я предупрежден(а), что в случае необходимости мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) может понадобиться дополнительные обследования и консультации специалистов и согласен(а) на все виды этих обследований и консультаций в необходимых объемах;
- Я подтверждаю, что согласовываю оказание мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи», а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- До моего сведения доведено, что при направлении на один или более методов обследования врачом-офтальмологом другого медицинского учреждения, я обязан(а) предоставить заключение (направление) врача с указанием диагноза и рекомендуемого обследования;
- Я получил(а) необходимые разъяснения относительно предложенного мне метода контактной коррекции с применением МКЛ и его предположительных результатах, а также рекомендации о соблюдении режима во время ношения МКЛ, которые обязуюсь выполнять;
- Мне даны подробные разъяснения о возможностях, целях, методах оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты оптической коррекции, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, особенностях данного метода контактной коррекции, а именно: коррекция имеющегося нарушения рефракции при помощи МКЛ, механизме и принципе действия данного метода коррекции;
- Меня проинформировали о предположительном результате использования данного метода контактной коррекции с использованием МКЛ и возможных побочных эффектах: дискомфорт, сухость глаз, слезотечение, светобоязнь.
- Я проинформирован(а) о возможных осложнениях, которые могут возникать при несоблюдении рекомендаций врача и ухода за контактными линзами, использовании линз дольше срока замены, а именно: эпителиопатия, эрозия, язва роговицы, кератит, конъюнктивит, токсико-аллергическая реакция на применяемые средства ухода, а в отдельных случаях — более серьёзные осложнения (например, неоваскуляризация роговицы при длительном ношении линз с недостаточной газопроницаемостью);
- Я информирован(а), что при возникновении осложнений, либо жалоб на покраснение, зуд, слезотечение, светобоязнь, выделений из глаз, ухудшение зрения на фоне использования контактных линз, покраснение или отека век, нельзя надевать линзы и мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) необходимо срочно обратиться к лечащему врачу или кабинет неотложной офтальмологической помощи;
- Меня проинформировали о противопоказаниях к назначению и ношению МКЛ, а именно: воспалительные заболевания глаза, придаточного аппарата и орбиты; кератиты в анамнезе; выраженный синдром сухого глаза; дистрофические заболевания роговицы; выраженный нистагм; лагофтальм; единственный глаз; тяжелые иммунодефицитные состояния любой этиологии; острые инфекционные и воспалительные заболевания; коллагенозы; злокачественные новообразования глаза и его вспомогательного аппарата; значительное снижение чувствительности роговицы; прием препаратов изотретиноина (в течение курса приема); психологические особенности, препятствующие безопасному использованию линз; помутнение и рубцовые изменения роговицы; лучевая терапия и химиотерапия до завершения лечения; сухость глаз, вызванная неблагоприятными условиями внешней среды, приемом медикаментов, спецификой работы; нарушение состава слезы; беременность и период лактации; эндокринные заболевания; аутоиммунные заболевания; онкологические заболевания; сезонная аллергия; применение кортикостероидных препаратов;
- Я понимаю, что возможные противопоказания к назначению и использованию МКЛ могут повлечь осложнения и привести к дополнительным диагностическим, лечебным, хирургическим процедурам, что может потребовать денежных и временных затрат, возможна временная нетрудоспособность, и врач/Учреждение не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) данного медицинского вмешательства;
- Я информирован(а), что в определенных случаях по медицинским показаниям для меня может быть изготовлена индивидуальная диагностическая линза, которая оплачивается мною отдельно;
- Меня проинформировали о методике подбора МКЛ и систематических профилактических осмотрах у врача, частота которых обговаривается с лечащим врачом и фиксируется в медицинской карте;
- Я информирован(а) и осознаю, что в случае неявки без предварительного предупреждения на осмотры, ответственность за отсутствие должного эффекта в полном объеме возлагается на меня. При опоздании на прием более чем на 20 минут врач имеет право отказать в плановом осмотре, я буду должен(а) записаться на прием к врачу на ближайшее свободное время;

- Я информирован(а) и осознаю, что рекомендуемый производителем срок эксплуатации МКЛ может отличаться у различных видов МКЛ. Информация о сроке эксплуатации МКЛ заносится в медицинскую карту, в которой также фиксируются название МКЛ, производитель и основные параметры МКЛ. По истечении срока эксплуатации МКЛ необходимо осуществить новый подбор МКЛ. Нарушение сроков эксплуатации МКЛ может нанести вред моему здоровью (здоровью лица, законным представителем которого я являюсь), повышается риск следующих проблем: инфекционные, воспалительные заболевания, гипоксия роговицы, микротравмы роговицы, аллергические реакции;
- Я осознаю, что несу ответственность за выполнение правил ношения и ухода за линзами, изложенными в Инструкции производителя, инструкции по уходу и эксплуатации МКЛ, т.к. понимаю, что несоблюдение данных правил может повлечь за собой ряд возможных осложнений по моей вине. Я понимаю, что при потере МКЛ или наличии на линзе любого рода механических повреждений, образовавшиеся в результате неаккуратного обращения, потребуется заказ новой линзы с оплатой за мой счет;
- Я проинформирован(а) и осознаю, что несоблюдение правил ухода за МКЛ может привести к воспалению переднего отрезка глаз. Средства, используемые для обработки МКЛ, могут привести к возникновению аллергических реакций (в этих случаях нужно незамедлительно отказаться от их использования и поставить в известность о случившемся лечащего врача);
- Я предупрежден(а) и осознаю, что при ношении любых контактных линз (в том числе МКЛ) возможны осложнения, обусловленные несоблюдением гигиены, нарушениями правил ухода за линзами и их ношения, или скрытыми очагами инфекции в организме. Самым серьезным осложнением, при котором возможна даже потеря зрения, является микробный кератит;
- Я предупрежден(а) и осознаю, что есть риск инфицирования при обработке МКЛ водопроводной водой и водой из открытых водоемов и обязуюсь использовать специализированный многофункциональный раствор для мягких контактных линз, рекомендованный моим лечащим врачом;
- Я предупрежден(а) и осознаю о том, что МКЛ подлежат обязательной очистке и хранении в специализированном многофункциональном растворе, что необходимо соблюдать температурный режим при хранении МКЛ, линзы нельзя замораживать, перегревать и высушивать;
- Я извещен(а), понимаю и согласен(на), что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения вышеуказанных побочных эффектов и осложнений, и/или иных нежелательных событий, обусловленных биологическими особенностями организма, при проведении предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинского вмешательства с использованием МКЛ и в процессе дальнейшего лечения с использованием МКЛ, даже в случае, когда медицинская помощь (услуга) оказана с соблюдением всех необходимых требований, и Учреждение не несет ответственности за их возникновение;
- Меня проинформировали в устной и письменной форме о правилах эксплуатации МКЛ, и Я получил(а) инструкцию производителя МКЛ и инструкцию по уходу и эксплуатации МКЛ и обязуюсь соблюдать требования указанных инструкций, а также назначения и рекомендации лечащего врача по использованию МКЛ;
- Я информирован(а) и осознаю, что при использовании МКЛ острота зрения может улучшаться постепенно, могут быть явления затуманивания, нечеткого зрения, головокружения, головная боль, тошнота, снижение работоспособности, снижение зрения при слабом освещении, трудности при управлении транспортом в ночное время, трудности работе на близком расстоянии, двоение, нарушение мышечного баланса и бинокулярного зрения, увеличение/уменьшение изображения. Мультифокальные линзы требуют периода нейроадаптации — мозгу необходимо время, чтобы научиться «выбирать» нужное изображение (для дали или для близи), игнорируя менее чёткие зоны. В этот период возможны временные ощущения головокружения, «нереальности», закладывания ушей;
- Я предупрежден(а) и осознаю, что при использовании МКЛ не допускается: посещение в МКЛ, бани, открытых водоемов; контакт линз с биологическими жидкостями (слюна, кровь), аэрозолями, глазными мазями, каплями (не совместимыми с контактными линзами); использование для очистки контактных линз моющих средств, мыла (за исключением многофункционального раствора для мягких линз); повторное хранение линз в одном и том же растворе; ношение линз во время простудных заболеваний, сон в линзах;
- Я извещен(а) о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств;
- Я добросовестно предоставил(а) врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (лица, законным представителем которого я являюсь), 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(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я осознаю, что для получения лучших результатов должен(а) неукоснительно исполнять все рекомендации, предписания и назначения лечащего врача, в том числе назначенного режима ношения и использования МКЛ, рекомендаций по явкам в Учреждение на контрольные осмотры, консультации специалистов, и иные требования и инструкции, влияющие на состояние здоровья и результат лечения, в т.ч. с использованием МКЛ;
- Я проинформирован(а) об альтернативных способах коррекции зрения, таких как: очки, жесткие газопроницаемые контактные линзы (ортокератологические, склеральные, роговичные), очки;
- Я уведомлен(а), об обязанности соблюдения режима лечения (указаний, рекомендаций) назначенного медицинским работником, в том числе в период временной нетрудоспособности, а также о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья;
- Я предупрежден(а) и осознаю, что в случае невыполнения мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) рекомендаций лечащего врача или сокрытия противопоказаний для лечения, Учреждение не несет ответственности за нежелательные последствия данного медицинского вмешательства;
- Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) офтальмологического заболевания могу получить медицинские услуги в других медицинских учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение вышеуказанной медицинской услуги в Учреждении;
- Я уведомлен(а), что на территории Учреждения осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной безопасности и безопасности деятельности Учреждения, антитеррористической защищенности безопасности работников Учреждения, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Учреждения, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Учреждения; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;
- Я ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка, установленного в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- Я согласен(а) на участие в рамках практической подготовки обучающихся в Учреждении в оказании мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи, на присутствие врачей-ординаторов в процессе проведения медицинского вмешательства мне (лицу, законным представителем которого являюсь), а также на присутствие медицинских специалистов в целях использования результатов медицинского вмешательства в учебном процессе, на исключительно в медицинских или обучающих целях, проведения научных исследований и публикаций в научных изданиях, с учетом сохранения врачебной тайны, под тщательным контролем со стороны штатных специалистов и проинформирован(а) о том, что на любом этапе обследования могу отказаться от участия врачей-ординаторов;
- Даю свое согласие на использование изображения (фотографии, видео) моих глаз (глаз лица, законным представителем которого я являюсь) в медицинской документации, в научных и образовательных целях, с учетом сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимаю, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью Учреждения. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Я согласен(на) на проведение фото- и видеосъемки во время медицинского вмешательства и публикацию фотографий моих глаз (глаз лица, законным представителем которого я являюсь) на условиях анонимности в печатных изданиях и сети Интернет;
- Я информирован о том, что в случаях необходимости проведения по медицинским показаниям дополнительных исследований результаты этих исследований должны быть получены мною лично либо представителем по доверенности (при этом в доверенности должно содержаться мое согласие о предоставлении сведений, составляющих врачебную тайну), при невозможности получения лично даю свое согласие направлять результаты исследований по каналам электронной почты по адресу:

_____
(указать адрес электронной почты)

- Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем (лица, законным представителем которого я являюсь) диагнозе, степени тяжести и характере моего (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания родственникам, законным представителям, гражданам:

_____
(Перечислить фамилия, имена, отчества – полностью), дата рождения, указать степень родства или иные идентифицирующие сведения)

- Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право от него отказаться;
- Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинского вмешательства и получил(а) на них исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех диагностических методов обследования;
- Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения плана обследования (в связи с необходимостью проведения дополнительных диагностических методов, необходимость в которых невозможно в полной мере предвидеть заранее), и, как следствие, изменение продолжительности и стоимости медицинских услуг;
- Со мною согласован и одобрен предложенный мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) план обследования и лечения, стоимость и сроки оказания медицинских услуг, включая ожидаемые результаты, риски, возможные осложнения;
- Я согласен(а) на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных в соответствии с действующим законодательством;
- Я выражаю свое несогласие со следующими пунктами:

_____
(указать при наличии)

- Я утверждаю, что мне разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к обследованию, мною заданы все интересующие меня вопросы, получены все исчерпывающие ответы и разъяснения медицинского работника по всем этапам вышеуказанного медицинского вмешательства, мне понятны возможные риски предстоящего медицинского вмешательства, осложнения и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства;
- У меня было достаточно времени, чтобы принять решение о необходимости получения мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг;
- Я принимаю решение приступить к вышеуказанному медицинскому вмешательству на предложенных условиях;
- Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия и был ознакомлен(а) до начала медицинского вмешательства;
- Я подтверждаю, что решение о получении мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли;
- Я информирован(а) о возможности заполнения анкет для оценки качества оказания медицинских услуг в Учреждении, размещенных на сайте Учреждения и на бумажных носителях на информационных стендах Учреждения;
- Настоящее согласие подписано мною на приеме у медицинского работника Учреждения после проведения разъяснительной беседы. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Пациент
(законный представитель пациента) _____ _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.) (число, месяц, год)

В присутствии переводчика
(для иностранных граждан) _____ _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.) (число, месяц, год)

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 расписался в моем присутствии.

Врач-офтальмолог _____ _____ _____

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) _____ (число, месяц, год)

Примечание:

В случаях, когда необходимость проведения диагностического обследования неотложна, а:

- отсутствуют законные представители лиц, не достигших совершеннолетнего возраста, или недееспособных граждан,

- состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю,

вопрос об обследовании в интересах Пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением директора Учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.

Приложение № 22
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
в Отделении оптической коррекции зрения
(подбор ортокератологических контактных линз)

Я пациент _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - полностью)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
дата рождения _____
(число, месяц, год рождения)

зарегистрирован(а) по адресу: _____
(адрес регистрации)

проживающий(ая) по адресу: _____
(адрес фактического проживания)

документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)

_____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя пациента - полностью)

документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)

дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(число, месяц, год рождения)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинского вмешательства в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее - «Учреждение»), в том числе 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, утверждённой приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. № 390н (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; исследования функций нервной системы; лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно),

- Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинского вмешательства в Отделении оптической коррекции зрения с консультацией и рекомендациями врача-офтальмолога, а также с проведением необходимых обследований органа зрения, подбора средств контактной коррекции с применением ортокератологических контактных линз и желаю получить соответствующие медицинские услуги в Учреждении:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.

Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

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 (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;
- Я информирован(а) о целях, объеме, характере предлагаемого офтальмологического диагностического обследования и контактной коррекции зрения с применением ортокератологических контактных линз (далее - ОКЛ), а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время проведения обследования и использования ОКЛ;
- Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о контактных и бесконтактных методах диагностического обследования в офтальмологии, о перечне медицинских процедур, которые будут проводиться при оказании вышеуказанных услуг и которые входят в офтальмологическое диагностическое обследование и подбор средств контактной коррекции с применением ОКЛ, а именно: визометрия, авторефкератометрия, биомикроскопия, кератопография роговицы, оптическая биометрия,

_____
(указать дополнительные, при необходимости)

- Я информирован(а), что основная цель контактной коррекции зрения — достичь максимально возможной остроты зрения и оптимальных функциональных результатов при различных аномалиях рефракции. Это достигается за счёт размещения специальных оптических линз на поверхности глаза;
- Я информирован(а), что после проведенного диагностического обследования органа зрения мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) рекомендована контактная коррекция зрения с применением ОКЛ. Коррекция зрения с использованием ОКЛ позволяет обратимо устранять аметропии при регулярном использовании линз во время ночного сна (не менее 8ч);
- Я информирован(а) о вероятности назначения консультаций заведующего отделения, врача-офтальмолога другого отделения и проведение дополнительных методов офтальмологического обследования, а именно: биометрии, периметрии, тонометрии, офтальмоскопии, ультразвукового исследования глазного яблока, компьютерной периметрии, определения пространственно-контрастной чувствительности, электрофизиологического исследования зрительного нерва и сетчатки, оптической когерентной томографии, гониоскопии, тонографии, ультразвуковой биомикроскопии и доплерографии, микропериметрии, конфокальной микроскопии роговицы и эндотелиальной микроскопии, лазерной тиндалометрии, оптического анализатора роговицы, аберрометрии, тесты на гетерофорию и бинокулярное зрение, аккомодографии, а также промывания слезных путей, массажа век, эпиляции ресниц для диагностики клеща Demodex, взятие мазка/соскоба с конъюнктивы и согласен(а) на все виды консультаций и обследований в необходимых объемах, часть из которых осуществляется средним медицинским персоналом Учреждения;
- Я информирован(а), что контактные методы исследования проводятся под местной анестезией и могут вызвать: эрозию роговицы, аллергические реакции на используемые препараты, субконъюнктивальное кровоизлияние,

_____
(указать дополнительные, при необходимости)

- Я информирован(а), что при подборе ОКЛ мне (лицу, законным представителем которого я являюсь), при необходимости, будет примерена диагностическая линза, производиться окрашивание роговицы флюоресцеином, либо другим витальным красителем; перед примеркой диагностической линзы для обезболивания и снижения слезопродукции в целях адекватной оценки посадки ОКЛ может понадобиться проведение местной анестезии, путем закапывания в глаз обезболивающих лекарственных средств (иноканн 0,4%). Местная анестезия приводит к временной потере тактильной, температурной и болевой чувствительности в области применения. После применения окрашивания, обезболивающих лекарственных средств могут возникнуть: аллергические реакции на применяемые препараты, эпителиопатия, эрозия роговицы, субконъюнктивальные кровоизлияния, воспалительные заболевания переднего отрезка глаза. Кроме того, я предупрежден(а), что последствиями отказа от данной манипуляции может быть: невозможность выполнения медицинского вмешательства;

- Я осведомлен(а) о том, что обследование и контактная коррекция зрения с применением ОКЛ может быть многоэтапным;
- Я предупрежден(а), что в случае необходимости мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) может понадобиться дополнительные обследования и консультации специалистов и согласен(а) на все виды этих обследований и консультаций в необходимых объемах;
- Я подтверждаю, что согласовываю оказание мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи», а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- До моего сведения доведено, что при направлении на один или более методов обследования врачом-офтальмологом другого медицинского учреждения, я обязан(а) предоставить заключение (направление) врача с указанием диагноза и рекомендуемого обследования;
- Я получил(а) необходимые разъяснения относительно предложенного мне метода контактной коррекции с применением ОКЛ и его предположительных результатах, а также рекомендации о соблюдении режима во время ношения ОКЛ, которые обязуюсь выполнять;
- Мне даны подробные разъяснения о возможностях, целях, методах оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты оптической коррекции, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, особенностях данного метода контактной коррекции, а именно: коррекция имеющегося нарушения рефракции при помощи ОКЛ, механизме и принципе действия данного метода коррекции;
- Я информирован(а), что в результате воздействия жесткой ОКЛ обратной геометрии происходит временное изменение профиля роговицы и временное устранение имеющейся аметропии, после прекращения ношения ОКЛ через некоторое время происходит восстановление роговицы и возращение ранее имевшейся аметропии;
- Меня проинформировали о предположительном результате использования данного метода контактной коррекции с использованием ОКЛ и о возможных осложнениях при его применении: при несоблюдении рекомендаций врача и ухода за контактными линзами, а именно: эпителиопатия, эрозия, язва роговицы, кератит, конъюнктивит, токсико-аллергическая реакция на применяемые средства ухода.
- Я информирован(а), что при возникновении осложнений, либо жалоб на покраснение, зуд, слезотечение, светобоязнь, выделений из глаз, ухудшение зрения на фоне использования контактных линз, покраснение или отека век, нельзя надевать линзы и мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) необходимо срочно обратиться к лечащему врачу или кабинет неотложной офтальмологической помощи;
- Меня проинформировали о противопоказаниях к назначению и ношению ОКЛ, а именно: воспалительные заболевания глаза, придаточного аппарата и орбиты; кератиты в анамнезе; выраженный синдром сухого глаза (ксероз); дистрофические заболевания роговицы; выраженный нистагм; лагофтальм; единственный глаз; тяжелые иммунодефицитные состояния любой этиологии; острые инфекционные и воспалительные заболевания; коллагенозы; злокачественные новообразования глаза и его вспомогательного аппарата; значительное снижение чувствительности роговицы; прием препаратов изотретиноина (в течение курса приема); психологические особенности, препятствующие безопасному использованию линз; помутнение и рубцовые изменения роговицы; лучевая терапия и химиотерапия до завершения лечения; сухость глаз, вызванная неблагоприятными условиями внешней среды, приемом медикаментов, спецификой работы; нарушение состава слезы; беременность и период лактации; эндокринные заболевания; аутоиммунные заболевания; онкологические заболевания; сезонная аллергия; применение кортикостероидных препаратов;
- Я понимаю, что возможные противопоказания к назначению и использованию ОКЛ могут повлечь осложнения и привести к дополнительным диагностическим, лечебным, хирургическим процедурам, что может потребовать денежных и временных затрат, возможна временная нетрудоспособность, и врач/Учреждение не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) данного медицинского вмешательства;
- Я информирован(а), что в определенных случаях по медицинским показаниям для меня может быть изготовлена индивидуальная диагностическая линза, которая оплачивается мною отдельно;
- Меня проинформировали о методике подбора ОКЛ и последующих обязательных систематических осмотрах у врача;
- Я согласен(на) на проведение врачом-офтальмологом обязательных систематических осмотров: после первой ночи применения ОКЛ на следующее утро (в линзах), через 2 недели регулярного ношения ОКЛ. Окончательный эффект ОКЛ появляется к концу первого месяца регулярных ночных ношений линз, затем 1 раз каждые 3 месяца ОК-терапии в течение всего периода ношения линз;

- Я информирован(а) и осознаю, что в случае неявки без предварительного предупреждения на осмотры, ответственность за отсутствие должного эффекта в полном объеме возлагается на меня. При опоздании на прием более чем на 20 минут врач имеет право отказать в плановом осмотре, я буду должен(а) записаться на прием к врачу на ближайшее свободное время;
- Я извещен(а) и осознаю, что рекомендуемый производителем срок эксплуатации ОКЛ составляет 1 год при условии аккуратного использования. Информация о сроке эксплуатации ОКЛ заносится в медицинскую карту, в которой также фиксируются название ОКЛ, производитель и основные параметры ОКЛ. По истечении срока эксплуатации ОКЛ необходимо осуществить новый подбор ОКЛ. Нарушение сроков эксплуатации ОКЛ может нанести вред моему здоровью (здоровью лица, законным представителем которого я являюсь), повышается риск следующих проблем: инфекционные, воспалительные заболевания, гипоксия роговицы, микротравмы роговицы, аллергические реакции;
- Я осознаю, что несу ответственность за выполнение правил ношения и ухода за линзами, изложенными в Инструкции производителя, инструкции по уходу и эксплуатации ортокератологических (ночных) линз, т.к. понимаю, что несоблюдение данных правил может повлечь за собой ряд возможных осложнений по моей вине. Я понимаю, что при потере ОКЛ или наличии на линзе любого рода механических повреждений, образовавшиеся в результате неаккуратного обращения, потребуется заказ новой линзы с оплатой за мой счет;
- Я проинформирован(а) и осознаю, что несоблюдение правил ухода за ОКЛ может привести к воспалению переднего отрезка глаз. Средства, используемые для обработки ОКЛ, могут привести к возникновению аллергических реакций (в этих случаях нужно незамедлительно отказаться от их использования и поставить в известность о случившемся лечащего врача);
- Я предупрежден(а) и осознаю, что при ношении любых контактных линз (в том числе ОКЛ) возможны осложнения, обусловленные несоблюдением гигиены, нарушениями правил ухода за линзами и их ношения, или скрытыми очагами инфекции в организме. Самым серьезным осложнением, при котором возможна даже потеря зрения, является микробный кератит;
- Я предупрежден(а) и осознаю, что есть риск инфицирования при обработке ОКЛ водопроводной водой и водой из открытых водоемов и обязуюсь использовать специализированный многофункциональный раствор для жестких контактных линз, рекомендованный моим лечащим врачом;
- Я предупрежден(а) и осознаю о том, что ОКЛ подлежат обязательной очистке и хранении в специализированном многофункциональном растворе, что необходимо соблюдать температурный режим при хранении ОКЛ, линзы нельзя замораживать и перегревать;
- Я извещен(а), понимаю и согласен(на), что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения вышеуказанных побочных эффектов и осложнений, и/или иных нежелательных событий, обусловленных биологическими особенностями организма, при проведении предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинского вмешательства с использованием ОКЛ и в процессе дальнейшего лечения с использованием метода ортокератологии, даже в случае, когда медицинская помощь (услуга) оказана с соблюдением всех необходимых требований, и Учреждение не несет ответственности за их возникновение;
- Меня проинформировали в устной и письменной форме о правилах эксплуатации ОКЛ, и Я получил(а) инструкцию производителя ОКЛ и инструкцию по уходу и эксплуатации ОКЛ и обязуюсь соблюдать требования указанных инструкций, а также назначения и рекомендации лечащего врача по использованию ОКЛ;
- Я информирован(а) и осознаю, что у большинства пациентов запланированное повышение остроты зрения без коррекции достигается к 7-10 дню с момента начала регулярного использования ОКЛ в зависимости от исходной степени аметропии. Окончательный эффект в зависимости от степени аметропии и особенностей строения роговицы достигается к концу месяца непрерывного ночного использования ОКЛ;
- Я ознакомлен(а) и осознаю, что при использовании ОКЛ острота зрения может улучшаться постепенно, могут быть явления затуманивания, нечеткого зрения, головокружения, гало/глер эффекты (светорассеивание), снижение зрения при слабом освещении, трудности при управлении транспортом в ночное время, трудности при работе на близком расстоянии, двоение, нарушение бинокулярного зрения и мышечного баланса;
- Я информирован(а) и осознаю, что эффект от воздействия ОКЛ обратим. Данная методика не обеспечивает постоянного корригированного зрения. Рефракция и зрительные функции вернутся к своему исходному уровню после прекращения использования ОКЛ по любой причине;
- Я понимаю, ношение ОКЛ замедляет, и в ряде случаев полностью останавливает прогрессирование близорукости, однако результат стабилизации близорукости не может быть точно прогнозирован или гарантирован и зависит от индивидуальных особенностей организма пациента;

- Я извещен(а) о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств;
- Я добросовестно предоставил(а) врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (лица, законным представителем которого я являюсь), 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(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я осознаю, что для получения лучших результатов должен(а) неукоснительно исполнять все рекомендации, предписания и назначения лечащего врача, в том числе назначенного режима ношения и использования ОКЛ, рекомендаций по явкам в Учреждение на контрольные осмотры, консультации специалистов, и иные требования и инструкции, влияющие на состояние здоровья и результат лечения, в т.ч. с использованием ОКЛ;
- Я проинформирован(а) о возможных альтернативных способах коррекции зрения, таких как: очки, жесткие газопроницаемые контактные линзы (склеральные, роговичные), мягкие контактные линзы;
- Я уведомлен(а), об обязанности соблюдения режима лечения (указаний, рекомендаций) назначенного медицинским работником, в том числе в период временной нетрудоспособности, а также о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья;
- Я предупрежден(а) и осознаю, что в случае невыполнения мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) рекомендаций лечащего врача или сокрытия противопоказаний для лечения, Учреждение не несет ответственности за нежелательные последствия данного медицинского вмешательства;
- Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) офтальмологического заболевания могу получить медицинские услуги в других медицинских учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение вышеуказанной медицинской услуги в Учреждении;
- Я уведомлен(а), что на территории Учреждения осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной безопасности и безопасности деятельности Учреждения, антитеррористической защищенности безопасности работников Учреждения, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Учреждения, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Учреждения; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;
- Я ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка, установленного в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- Я согласен(а) на участие в рамках практической подготовки обучающихся в Учреждении в оказании мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи, на присутствие врачей-ординаторов в процессе проведения медицинского вмешательства мне (лицу, законным представителем которого являюсь), а также на присутствие медицинских специалистов в целях использования результатов медицинского вмешательства в учебном процессе, на исключительно в медицинских или обучающих целях, проведения научных исследований и публикаций в научных изданиях, с учетом сохранения врачебной тайны, под тщательным контролем со стороны штатных специалистов и проинформирован(а) о том, что на любом этапе обследования могу отказаться от участия врачей-ординаторов;
- Даю свое согласие на использование изображения (фотографии, видео) моих глаз (глаз лица, законным представителем которого я являюсь) в медицинской документации, в научных и образовательных целях, с учетом сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимаю, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью Учреждения. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Я согласен(на) на проведение фото- и видеосъемки во время медицинского вмешательства и публикацию фотографий моих глаз (глаз лица, законным представителем которого я являюсь) на условиях анонимности в печатных изданиях и сети Интернет;

- Я информирован о том, что в случаях необходимости проведения по медицинским показаниям дополнительных исследований результаты этих исследований должны быть получены мною лично либо представителем по доверенности (при этом в доверенности должно содержаться мое согласие о предоставлении сведений, составляющих врачебную тайну), при невозможности получения лично даю свое согласие направлять результаты исследований по каналам электронной почты по адресу:

_____
(указать адрес электронной почты)

- Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем (лица, законным представителем которого я являюсь) диагнозе, степени тяжести и характере моего (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания родственникам, законным представителям, гражданам:

_____
(Перечислить фамилии, имена, отчества – полностью, даты рождения, указать степень родства или иные идентифицирующие сведения)

- Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право от него отказаться;
- Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинского вмешательства и получил(а) на них исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех диагностических методов обследования;
- Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения плана обследования (в связи с необходимостью проведения дополнительных диагностических методов, необходимость в которых невозможно в полной мере предвидеть заранее), и, как следствие, изменение продолжительности и стоимости медицинских услуг;
- Со мною согласован и одобрен предложенный мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) план обследования и лечения, стоимость и сроки оказания медицинских услуг, включая ожидаемые результаты, риски, возможные осложнения;
- Я согласен(а) на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных в соответствии с действующим законодательством;
- Я выражаю свое несогласие со следующими пунктами:

_____
(указать пункты)

- Я утверждаю, что мне разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к обследованию, мною заданы все интересующие меня вопросы, получены все исчерпывающие ответы и разъяснения медицинского работника по всем этапам вышеуказанного медицинского вмешательства, мне понятны возможные риски предстоящего медицинского вмешательства, осложнения и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства;
- У меня было достаточно времени, чтобы принять решение о необходимости получения мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг;
- Я принимаю решение приступить к вышеуказанному медицинскому вмешательству на предложенных условиях;
- Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия и был ознакомлен(а) до начала медицинского вмешательства;
- Я подтверждаю, что решение о получении мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли;
- Я информирован(а) о возможности заполнения анкет для оценки качества оказания медицинских услуг в Учреждении, размещенных на сайте Учреждения и на бумажных носителях на информационных стендах Учреждения;
- Настоящее согласие подписано мною на приеме у медицинского работника Учреждения после проведения разъяснительной беседы. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Пациент
(законный представитель пациента) _____ _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.) (число, месяц, год)

В присутствии переводчика
(для иностранных граждан) _____ _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.) (число, месяц, год)

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 расписался в моем присутствии.

Врач-офтальмолог _____ _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.) (число, месяц, год)

Примечание:

В случаях, когда необходимость проведения диагностического обследования неотложна, а:

- отсутствуют законные представители лиц, не достигших совершеннолетнего возраста, или недееспособных граждан,

- состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю,

вопрос об обследовании в интересах Пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением директора Учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.

Приложение № 23
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в Отделении оптической коррекции зрения (подбор склеральных контактных линз)

Я пациент _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - полностью)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
дата рождения _____
(число, месяц, год рождения)

зарегистрирован(а) по адресу: _____
(адрес регистрации)

проживающий(ая) по адресу: _____
(адрес фактического проживания)

документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)

_____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя пациента - полностью)

документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)

дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(число, месяц, год рождения)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинского вмешательства в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее - «Учреждение»), в том числе 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, утверждённой приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. № 390н (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, антропометрические исследования; термометрия; топометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; исследования функций нервной системы; лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно),

- Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинского вмешательства в Отделении оптической коррекции зрения с консультацией и рекомендациями врача-офтальмолога, а также с проведением необходимых обследований органа зрения, подбора средств контактной коррекции с применением склеральных контактных линз и желаю получить соответствующие медицинские услуги в Учреждении:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.

Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

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 (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;
- Я информирован(а) о целях, объеме, характере предлагаемого офтальмологического диагностического обследования и контактной коррекции зрения с применением склеральных контактных линз (далее - СКЛ), а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время проведения обследования и использования СКЛ;
- Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о контактных и бесконтактных методах диагностического обследования в офтальмологии, о перечне медицинских процедур, которые будут проводиться при оказании вышеуказанных услуг и которые входят в офтальмологическое диагностическое обследование и подбор средств контактной коррекции с применением СКЛ, а именно: визометрия, авторефкератометриия, биомикроскопия, кератопография роговицы,

_____
(указать дополнительные, при необходимости)

- Я информирован(а), что основная цель контактной коррекции зрения — достичь максимально возможной остроты зрения и оптимальных функциональных результатов при различных аномалиях рефракции. Это достигается за счёт размещения специальных оптических линз на поверхности глаза;
- Я информирован(а), что после проведенного диагностического обследования органа зрения мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) рекомендована контактная коррекция зрения с применением СКЛ;
- Я информирован(а), что склеральные контактные линзы – это жесткие газопроницаемые линзы, диаметр которых, превышает диаметр роговицы, предназначены для коррекции различных аномалий рефракции у пациентов с высокой аметропией, выраженной иррегулярностью роговицы, вызванной различными патологическими состояниями роговицы, а также в следствие травм или хирургических вмешательств на роговице или на переднем отрезке глаза в целом;
- Я информирован(а) о вероятности назначения консультаций заведующего отделения, врача-офтальмолога другого отделения и проведение дополнительных методов офтальмологического обследования, а именно: биометрии, периметрии, тонометрии, офтальмоскопии, ультразвукового исследования глазного яблока, компьютерной периметрии, определения пространственно-контрастной чувствительности, электрофизиологического исследования зрительного нерва и сетчатки, оптической когерентной томографии, гонноскопии, тонографии, ультразвукой биомикроскопии и доплерографии, микропериметрии, конфокальной микроскопии роговицы и эндотелиальной микроскопии, лазерной тиндалеметрии, оптического анализатора роговицы, аберрометрии, тесты на гетерофорию и бинокулярное зрение, аккомодографии, а также промывания слезных путей, массажа век, эпиляции ресниц для диагностики клеща Demodex, взятие мазка/соскоба с конъюнктивы и согласен(а) на все виды консультаций и обследований в необходимых объемах, часть из которых осуществляется средним медицинским персоналом Учреждения;
- Я информирован(а), что контактные методы исследования проводятся под местной анестезией и могут вызвать: эрозию роговицы, аллергические реакции на используемые препараты, субконъюнктивальное кровоизлияние,

_____
(указать дополнительные, при необходимости)

- Я информирован(а), что при подборе СКЛ мне (лицу, законным представителем которого я являюсь), при необходимости, будет примерена диагностическая линза, производиться окрашивание роговицы флюоресцеином, либо другим витальным красителем; перед примеркой диагностической линзы для обезболивания и снижения слезопродукции в целях адекватной оценки посадки СКЛ может понадобиться проведение местной анестезии, путем закапывания в глаз обезболивающих лекарственных средств (инокаин 0,4%). Местная анестезия приводит к временной потере тактильной, температурной и болевой чувствительности в области применения. После применения окрашивания, обезболивающих лекарственных средств могут возникнуть: аллергические реакции на применяемые препараты, эпителиопатия, эрозия роговицы, субконъюнктивальные кровоизлияния, воспалительные

заболевания переднего отрезка глаза. Кроме того, я предупрежден(а), что последствиями отказа от данной манипуляции может быть: невозможность выполнения медицинского вмешательства;

- Я осведомлен(а) о том, что обследование и контактная коррекция зрения с применением СКЛ может быть многоэтапным;
- Я предупрежден(а), что в случае необходимости мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) может понадобиться дополнительные обследования и консультации специалистов и согласен(а) на все виды этих обследований и консультаций в необходимых объемах;
- Я подтверждаю, что согласовываю оказание мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи», а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- До моего сведения доведено, что при направлении на один или более методов обследования врачом-офтальмологом другого медицинского учреждения, я обязан(а) предоставить заключение (направление) врача с указанием диагноза и рекомендуемого обследования;
- Я получил(а) необходимые разъяснения относительно предложенного мне метода контактной коррекции с применением СКЛ и его предположительных результатах, а также рекомендации о соблюдении режима во время ношения СКЛ, которые обязуюсь выполнять;
- Мне даны подробные разъяснения о возможностях, целях, методах оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты оптической коррекции, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, особенностях данного метода контактной коррекции, а именно: коррекция имеющегося нарушения рефракции при помощи СКЛ, механизме и принципе действия данного метода коррекции;
- Меня проинформировали о предположительном результате использования данного метода контактной коррекции с использованием СКЛ и возможных побочных эффектах: ощущении пощипывания, жжения, рези, зуда, чувства инородного тела в глазу, дискомфорта, слезотечения, светобоязни. Часто такие реакции возникают в первые дни ношения, а потом проходят — это часть процесса адаптации. Но если симптомы сохраняются или усиливаются, необходимо прекратить использование СКЛ и обратиться к врачу-офтальмологу;
- Я проинформирован(а) о возможных осложнениях, которые могут возникать при несоблюдении рекомендаций врача и ухода за контактными линзами, использовании линз дольше срока замены, а именно: эпителиопатия, эрозия, язва роговицы, кератит, конъюнктивит, токсико-аллергическая реакция на применяемые средства ухода, неоваскуляризация роговицы;
- Я информирован(а), что при возникновении осложнений, либо жалоб на покраснение, зуд, слезотечение, светобоязнь, выделений из глаз, ухудшение зрения на фоне использования контактных линз, покраснение или отека век, нельзя надевать линзы и мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) необходимо срочно обратиться к лечащему врачу или кабинет неотложной офтальмологической помощи;
- Меня проинформировали о противопоказаниях к назначению и ношению СКЛ, а именно: воспалительные заболевания глаза, придаточного аппарата и орбиты; кератиты в анамнезе; толщина роговицы менее 200 микрон, выраженная эндотелиальная дистрофия роговицы (ПЭК роговицы менее 1000 кл/мм2), воспалительные процессы переднего и заднего отделов глаза, аллергический конъюнктивит, глаукома, тяжелые иммунодефицитные состояния любой этиологии; острые инфекционные и воспалительные заболевания; коллагенозы; злокачественные новообразования глаза и его вспомогательного аппарата; значительное снижение чувствительности роговицы; психологические особенности, препятствующие безопасному использованию линз; лучевая терапия и химиотерапия до завершения лечения; беременность и период лактации; эндокринные заболевания; аутоиммунные заболевания; онкологические заболевания; сезонная аллергия; применение кортикостероидных препаратов, отсутствие условий для соблюдения рекомендаций по уходу за СКЛ;
- Я понимаю, что возможные противопоказания к назначению и использованию СКЛ могут повлечь осложнения и привести к дополнительным диагностическим, лечебным, хирургическим процедурам, что может потребовать денежных и временных затрат, возможна временная нетрудоспособность, и врач/Учреждение не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) данного медицинского вмешательства;
- Я информирован(а), что в определенных случаях по медицинским показаниям для меня может быть изготовлена индивидуальная диагностическая линза, которая оплачивается мною отдельно;
- Меня проинформировали о методике подбора СКЛ и последующих обязательных систематических осмотрах у врача, частота которых обговаривается с лечащим врачом и фиксируется в медицинской карте;

- Я согласен(на) на проведение врачом-офтальмологом обязательных систематических осмотров: через 1 месяц после подбора, затем 1 раз каждые 3 месяца в течение всего периода ношения линз. Плановый осмотр проводится не ранее, чем через 4 часа после надевания СКЛ;
- Я информирован(а) и осознаю, что в случае неявки без предварительного предупреждения на осмотры, ответственность за отсутствие должного эффекта в полном объеме возлагается на меня. При опоздании на прием более чем на 20 минут врач имеет право отказать в плановом осмотре, я буду должен(а) записаться на прием к врачу на ближайшее свободное время;
- Я извещен(а) и осознаю, что рекомендуемый производителем срок эксплуатации СКЛ составляет 1 год при условии аккуратного использования. Информация о сроке эксплуатации СКЛ заносится в медицинскую карту, в которой также фиксируются название СКЛ, производитель и основные параметры СКЛ. По истечении срока эксплуатации СКЛ необходимо осуществить новый подбор СКЛ. Нарушение сроков эксплуатации СКЛ может нанести вред моему здоровью (здоровью лица, законным представителем которого я являюсь), повышается риск следующих проблем: инфекционные, воспалительные заболевания, гипоксия роговицы, микротравмы роговицы, аллергические реакции;
- Я осознаю, что несу ответственность за выполнение правил ношения и ухода за линзами, изложенными в Инструкции производителя, инструкции по уходу и эксплуатации СКЛ, т.к. понимаю, что несоблюдение данных правил может повлечь за собой ряд возможных осложнений по моей вине. Я понимаю, что при потере СКЛ или наличии на линзе любого рода механических повреждений, образовавшиеся в результате неаккуратного обращения, потребуется заказ новой линзы с оплатой за мой счет;
- Я проинформирован(а) и осознаю, что несоблюдение правил ухода за СКЛ может привести к воспалению переднего отрезка глаз. Средства, используемые для обработки СКЛ, могут привести к возникновению аллергических реакций (в этих случаях нужно незамедлительно отказаться от их использования и поставить в известность о случившемся лечащего врача);
- Я предупрежден(а) и осознаю, что при ношении любых контактных линз (в том числе СКЛ) возможны осложнения, обусловленные несоблюдением гигиены, нарушениями правил ухода за линзами и их ношения, или скрытыми очагами инфекции в организме. Самым серьезным осложнением, при котором возможна даже потеря зрения, является микробный кератит;
- Я предупрежден(а) и осознаю, что есть риск инфицирования при обработке СКЛ водопроводной водой и водой из открытых водоемов и обязуюсь использовать специализированный многофункциональный раствор для жестких контактных линз, рекомендованный моим лечащим врачом;
- Я предупрежден(а) и осознаю о том, что СКЛ подлежат обязательной очистке и хранении в специализированном многофункциональном растворе, что необходимо соблюдать температурный режим при хранении СКЛ, линзы нельзя замораживать и перегревать;
- Я извещен(а), понимаю и согласен(на), что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения вышеуказанных побочных эффектов и осложнений, и/или иных нежелательных событий, обусловленных биологическими особенностями организма, при проведении предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинского вмешательства с использованием СКЛ и в процессе дальнейшего лечения с использованием СКЛ, даже в случае, когда медицинская помощь (услуга) оказана с соблюдением всех необходимых требований, и Учреждение не несет ответственности за их возникновение;
- Меня проинформировали в устной и письменной форме о правилах эксплуатации СКЛ, и Я получил(а) инструкцию производителя СКЛ и инструкцию по уходу и эксплуатации СКЛ и обязуюсь соблюдать требования указанных инструкций, а также назначения и рекомендации лечащего врача по использованию СКЛ;
- Я информирован(а) и осознаю, что при использовании СКЛ острота зрения может изменяться в течение дня, могут быть явления затуманивания, нечеткого зрения, головокружения, гало/глер эффекты (светорассеивание), снижение зрения при слабом освещении, трудности при управлении транспортом в ночное время, трудности при работе на близком расстоянии, двоение, нарушение бинокулярного зрения и мышечного баланса;
- Я информирован(а) и осознаю, что СКЛ предназначены для дневного ношения, режим ношения линз определяется лечащим врачом, категорически не допустимо использование СКЛ во время сна;
- Я предупрежден(а) и осознаю, что при использовании СКЛ не допускается: посещение в СКЛ, бани, открытых водоемов; контакт линз с биологическими жидкостями (слюна, кровь), аэрозолями, глазными мазями, каплями (не совместимыми с контактными линзами); использование для очистки контактных линз моющих средств, мыла (за исключением многофункционального раствора для жестких линз); повторное хранение линз в одном и том же растворе; ношение линз во время простудных заболеваний;
- Я извещен(а) о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств;

- Я добросовестно предоставил(а) врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (лица, законным представителем которого я являюсь), 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(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я осознаю, что для получения лучших результатов должен(а) неукоснительно исполнять все рекомендации, предписания и назначения лечащего врача, в том числе назначенного режима ношения и использования СКЛ, рекомендаций по явкам в Учреждение на контрольные осмотры, консультации специалистов, и иные требования и инструкции, влияющие на состояние здоровья и результат лечения, в т.ч. с использованием СКЛ;
- Я проинформирован(а) о возможных альтернативных способах коррекции зрения, таких как: очки, жесткие газопроницаемые контактные линзы (ортокератологические, роговичные), очки;
- Я уведомлен(а), об обязанности соблюдения режима лечения (указаний, рекомендаций) назначенного медицинским работником, в том числе в период временной нетрудоспособности, а также о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья;
- Я предупрежден(а) и осознаю, что в случае невыполнения мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) рекомендаций лечащего врача или сокрытия противопоказаний для лечения, Учреждение не несет ответственности за нежелательные последствия данного медицинского вмешательства;
- Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) офтальмологического заболевания могу получить медицинские услуги в других медицинских учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение вышеуказанной медицинской услуги в Учреждении;
- Я уведомлен(а), что на территории Учреждения осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной безопасности и безопасности деятельности Учреждения, антитеррористической защищенности безопасности работников Учреждения, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Учреждения, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Учреждения; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;
- Я ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка, установленного в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- Я согласен(а) на участие в рамках практической подготовки обучающихся в Учреждении в оказании мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи, на присутствие врачей-ординаторов в процессе проведения медицинского вмешательства мне (лицу, законным представителем которого являюсь), а также на присутствие медицинских специалистов в целях использования результатов медицинского вмешательства в учебном процессе, на исключительно в медицинских или обучающих целях, проведения научных исследований и публикаций в научных изданиях, с учетом сохранения врачебной тайны, под тщательным контролем со стороны штатных специалистов и проинформирован(а) о том, что на любом этапе обследования могу отказаться от участия врачей-ординаторов;
- Даю свое согласие на использование изображения (фотографии, видео) моих глаз (глаз лица, законным представителем которого я являюсь) в медицинской документации, в научных и образовательных целях, с учетом сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимаю, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью Учреждения. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Я согласен(на) на проведение фото- и видеосъемки во время медицинского вмешательства и публикацию фотографий моих глаз (глаз лица, законным представителем которого я являюсь) на условиях анонимности в печатных изданиях и сети Интернет;
- Я информирован о том, что в случаях необходимости проведения по медицинским показаниям дополнительных исследований результаты этих исследований должны быть получены мною лично либо

представителем по доверенности (при этом в доверенности должно содержаться мое согласие о предоставлении сведений, составляющих врачебную тайну), при невозможности получения лично даю свое согласие направлять результаты исследований по каналам электронной почты по адресу:

_____
(указать адрес электронной почты)

- Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем (лица, законным представителем которого я являюсь) диагнозе, степени тяжести и характере моего (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания родственникам, законным представителям, гражданам:

_____
(Перечислить фамилии, имена, отчества – полностью, дата рождения, указать степень родства или иные идентифицирующие сведения)

- Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право от него отказаться;
- Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинского вмешательства и получил(а) на них исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех диагностических методов обследования;
- Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения плана обследования (в связи с необходимостью проведения дополнительных диагностических методов, необходимость в которых невозможно в полной мере предвидеть заранее), и, как следствие, изменение продолжительности и стоимости медицинских услуг;
- Со мною согласован и одобрен предложенный мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) план обследования и лечения, стоимость и сроки оказания медицинских услуг, включая ожидаемые результаты, риски, возможные осложнения;
- Я согласен(а) на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных в соответствии с действующим законодательством;
- Я выражаю свое несогласие со следующими пунктами:

_____
(указать при наличии)

- Я утверждаю, что мне разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к обследованию, мною заданы все интересующие меня вопросы, получены все исчерпывающие ответы и разъяснения медицинского работника по всем этапам вышеуказанного медицинского вмешательства, мне понятны возможные риски предстоящего медицинского вмешательства, осложнения и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства;
- У меня было достаточно времени, чтобы принять решение о необходимости получения мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг;
- Я принимаю решение приступить к вышеуказанному медицинскому вмешательству на предложенных условиях;
- Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия и был ознакомлен(а) до начала медицинского вмешательства;
- Я подтверждаю, что решение о получении мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли;
- Я информирован(а) о возможности заполнения анкет для оценки качества оказания медицинских услуг в Учреждении, размещенных на сайте Учреждения и на бумажных носителях на информационных стендах Учреждения;
- Настоящее согласие подписано мною на приеме у медицинского работника Учреждения после проведения разъяснительной беседы. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Пациент
(законный представитель пациента) _____ _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.) (число, месяц, год)

В присутствии переводчика
(для иностранных граждан) _____ _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.) (число, месяц, год)

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 расписался в моем присутствии.

Врач-офтальмолог _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) _____ (число, месяц, год)

Примечание:

В случаях, когда необходимость проведения диагностического обследования неотложна, а:

- *отсутствуют законные представители лиц, не достигших совершеннолетнего возраста, или недееспособных граждан,*
- *состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю,*

вопрос об обследовании в интересах Пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением директора Учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.

Приложение № 24
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 168

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в Отделении оптической коррекции зрения (подбор роговичных контактных линз)

Я пациент _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - полностью)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____

дата рождения _____
(число, месяц, год рождения)

зарегистрирован(а) по адресу: _____
(адрес регистрации)

проживающий(ая) по адресу: _____
(адрес фактического проживания)

документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)

_____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя пациента - полностью)

документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(наименование, серия и номер документа)

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)

дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(число, месяц, год рождения)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинского вмешательства в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее - «Учреждение»), в том числе 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, утверждённой приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. № 390н (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; исследования функций нервной системы; лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно),

- Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинского вмешательства в Отделении оптической коррекции зрения с консультацией и разъяснениями врача-офтальмолога, а также с проведением необходимых обследований органа зрения и подбора средств контактной коррекции с применением роговичных контактных линз и желаю получить соответствующие медицинские услуги в Учреждении:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.

Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

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 (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;
- Я информирован(а) о целях, объеме, характере предлагаемого офтальмологического диагностического обследования и контактной коррекции зрения с применением роговичных контактных линз, а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время проведения обследования и использования роговичных контактных линз;
- Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о контактных и бесконтактных методах диагностического обследования в офтальмологии, о перечне медицинских процедур, которые будут проводиться при оказании вышеуказанных услуг и которые входят в офтальмологическое диагностическое обследование и подбор средств контактной коррекции с применением роговичных линз, а именно: визометрия, авторефкератометрия, биомикроскопия, кератопография роговицы,

_____
(указать дополнительные, при необходимости)

- Я информирован(а), что основная цель контактной коррекции зрения — достичь максимально возможной остроты зрения и оптимальных функциональных результатов при различных аномалиях рефракции. Это достигается за счёт размещения специальных оптических линз на поверхности глаза;
- Я информирован(а), что после проведенного диагностического обследования органа зрения мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) рекомендована контактная коррекция зрения с применением роговичных линз;
- Я информирован(а), что роговичные контактные линзы – это жесткие газопроницаемые линзы, диаметр которых, меньше диаметра роговицы, предназначены для коррекции различных аномалий рефракции у пациентов с высокой аметропией, астигматизмом, кератоконусом, кератоглобусом, краевой дегенерацией роговицы, посттравматических деформациях роговицы, рубцах роговицы, остаточной аметропии после кераторефракционной хирургии;
- Я информирован(а) о вероятности назначения консультаций заведующего отделения, врача-офтальмолога другого отделения и проведение дополнительных методов офтальмологического обследования, а именно: биометрии, периметрии, тонометрии, офтальмоскопии, ультразвукового исследования глазного яблока, компьютерной периметрии, определения пространственно-контрастной чувствительности, электрофизиологического исследования зрительного нерва и сетчатки, оптической когерентной томографии, гониоскопии, тонографии, ультразвукой биомикроскопии и доплерографии, микропериметрии, конфокальной микроскопии роговицы и эндотелиальной микроскопии, лазерной тиндалеметрии, оптического анализатора роговицы, аберрометрии, тесты на гетерофорию и бинокулярное зрение, аккомодографии, а также промывания слезных путей, массажа век, эпиляции ресниц для диагностики клеща Demodex, взятие мазка/соскоба с конъюнктивы и согласен(а) на все виды консультаций и обследований в необходимых объемах, часть из которых осуществляется средним медицинским персоналом Учреждения;
- Я информирован(а), что контактные методы исследования проводятся под местной анестезией и могут вызвать: эрозию роговицы, аллергические реакции на используемые препараты, субконъюнктивальное кровоизлияние,

_____
(указать дополнительные, при необходимости)

- Я информирован(а), что при подборе роговичных линз мне (лицу, законным представителем которого я являюсь), при необходимости, будет примерена диагностическая линза, производиться окрашивание роговицы флюоресцеином, либо другим витальным красителем; перед примеркой диагностической линзы для обезболивания и снижения слезопродукции в целях адекватной оценки посадки роговичной линзы может понадобиться проведение местной анестезии, путем закапывания в глаз обезболивающих лекарственных средств (инокаин 0,4%). Местная анестезия приводит к временной потере тактильной, температурной и болевой чувствительности в области применения. После применения окрашивания, обезболивающих лекарственных средств могут возникнуть: аллергические реакции на применяемые препараты, эпителиопатия, эрозия роговицы, субконъюнктивальные кровоизлияния, воспалительные

заболевания переднего отрезка глаза. Кроме того, я предупрежден(а), что последствиями отказа от данной манипуляции может быть: невозможность выполнения медицинского вмешательства;
- Я осведомлен(а) о том, что обследование и контактная коррекция зрения с применением роговичных линз может быть многоэтапным;
- Я предупрежден(а), что в случае необходимости мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) может понадобиться дополнительные обследования и консультации специалистов и согласен(а) на все виды этих обследований и консультаций в необходимых объемах;
- Я подтверждаю, что согласовываю оказание мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи», а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- До моего сведения доведено, что при направлении на один или более методов обследования врачом-офтальмологом другого медицинского учреждения, я обязан(а) предоставить заключение (направление) врача с указанием диагноза и рекомендуемого обследования;
- Я получил(а) необходимые разъяснения относительно предложенного мне метода контактной коррекции с применением роговичных линз и его предположительных результатах, а также рекомендации о соблюдении режима во время их ношения, которые обязуюсь выполнять;
- Мне даны подробные разъяснения о возможностях, целях, методах оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты оптической коррекции, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, особенностях данного метода контактной коррекции, а именно: коррекция имеющегося нарушения рефракции при помощи роговичных линз, механизме и принципе действия данного метода коррекции;
- Меня проинформировали о предположительном результате использования данного метода контактной коррекции с использованием роговичных линз и возможных побочных эффектах: ощущении поципывания, жжения, рези, зуда, чувства инородного тела в глазу, дискомфорта, слезотечения, светобоязни, ощущение затуманенности или свечения вокруг объектов, усиление сухости глаз. Часто такие реакции возникают в первые дни ношения, а потом проходят — это часть процесса адаптации. Но если симптомы сохраняются или усиливаются, необходимо прекратить использование роговичных линз и обратиться к врачу-офтальмологу;
- Я проинформирован(а) о возможных осложнениях, которые могут возникать при несоблюдении рекомендаций врача и ухода за контактными линзами, использовании линз дольше срока замены, а именно: эпителиопатия, эрозия, язва роговицы, кератит, конъюнктивит, токсико-аллергическая реакция на применяемые средства ухода, неоваскуляризация роговицы;
- Я информирован(а), что при возникновении осложнений, либо жалоб на покраснение, зуд, слезотечение, светобоязнь, выделений из глаз, ухудшение зрения на фоне использования контактных линз, покраснение или отека век, при постоянном смещении роговичной линзы с роговицы глаза, нельзя надевать линзы и мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) необходимо срочно обратиться к лечащему врачу или кабинет неотложной офтальмологической помощи;
- Меня проинформировали о противопоказаниях к назначению и ношению роговичных линз, а именно: воспалительные заболевания глаза, придаточного аппарата и орбиты; кератиты в анамнезе; воспалительные процессы переднего и заднего отделов глаза, аллергический конъюнктивит, глаукома, эндотелиальная дистрофия роговицы, тяжелые иммунодефицитные состояния любой этиологии; острые инфекционные и воспалительные заболевания; коллагенозы; злокачественные новообразования глаза и его вспомогательного аппарата; значительное снижение чувствительности роговицы; психологические особенности, препятствующие безопасному использованию линз; лучевая терапия и химиотерапия до завершения лечения; беременность и период лактации; эндокринные заболевания; аутоиммунные заболевания; онкологические заболевания; сезонная аллергия; применение кортикостероидных препаратов, отсутствие условий для соблюдения рекомендаций по уходу за роговичными линзами;
- Я понимаю, что возможные противопоказания к назначению и использованию роговичных линз могут повлечь осложнения и привести к дополнительным диагностическим, лечебным, хирургическим процедурам, что может потребовать денежных и временных затрат, возможна временная нетрудоспособность, и врач/Учреждение не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) данного медицинского вмешательства;
- Я информирован(а), что в определенных случаях по медицинским показаниям для меня может быть изготовлена индивидуальная диагностическая линза, которая оплачивается мною отдельно;
- Меня проинформировали о методике подбора роговичных линз и последующих обязательных систематических осмотрах у врача, частота которых обговаривается с лечащим врачом и фиксируется в медицинской карте;

- Я согласен(на) на проведение врачом-офтальмологом обязательных систематических осмотров: через 1 месяц после подбора, затем 1 раз каждые 3 месяца в течение всего периода ношения линз.
- Я информирован(а) и осознаю, что в случае неявки без предварительного предупреждения на осмотры, ответственность за отсутствие должного эффекта в полном объеме возлагается на меня. При опоздании на прием более чем на 20 минут врач имеет право отказать в плановом осмотре, я буду должен(а) записаться на прием к врачу на ближайшее свободное время;
- Я извещен(а) и осознаю, что рекомендуемый производителем срок эксплуатации роговичных линз составляет 1 год при условии аккуратного использования. Информация о сроке эксплуатации линз заносится в медицинскую карту, в которой также фиксируются название линз, производитель и основные параметры. По истечении срока эксплуатации роговичных линз необходимо осуществить новый их подбор. Нарушение сроков эксплуатации роговичных линз может нанести вред моему здоровью (здоровью лица, законным представителем которого я являюсь), повышается риск следующих проблем: инфекционные, воспалительные заболевания, гипоксия роговицы, микротравмы роговицы, аллергические реакции;
- Я осознаю, что несу ответственность за выполнение правил ношения и ухода за линзами, изложенными в Инструкции производителя, инструкции по уходу и эксплуатации роговичных линз, т.к. понимаю, что несоблюдение данных правил может повлечь за собой ряд возможных осложнений по моей вине. Я понимаю, что при потере роговичной линзы или наличии на линзе любого рода механических повреждений, образовавшиеся в результате неаккуратного обращения, потребуется заказ новой линзы с оплатой за мой счет;
- Я проинформирован(а) и осознаю, что несоблюдение правил ухода за роговичными линзами может привести к воспалению переднего отрезка глаз. Средства, используемые для обработки жестких линз, могут привести к возникновению аллергических реакций (в этих случаях нужно незамедлительно отказаться от их использования и поставить в известность о случившемся лечащего врача);
- Я предупрежден(а) и осознаю, что при ношении любых контактных линз (в том числе роговичных) возможны осложнения, обусловленные несоблюдением гигиены, нарушениями правил ухода за линзами и их ношения, или скрытыми очагами инфекции в организме. Самым серьезным осложнением, при котором возможна даже потеря зрения, является микробный кератит;
- Я предупрежден(а) и осознаю, что есть риск инфицирования при обработке роговичных линз водопроводной водой и водой из открытых водоемов и обязуюсь использовать специализированный многофункциональный раствор для жестких контактных линз, рекомендованный моим лечащим врачом;
- Я предупрежден(а) и осознаю о том, что роговичные линзы подлежат обязательной очистке и хранении в специализированном многофункциональном растворе, что необходимо соблюдать температурный режим при хранении линз, линзы нельзя замораживать и перегревать;
- Я извещен(а), понимаю и согласен(на), что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения вышеуказанных побочных эффектов и осложнений, и/или иных нежелательных событий, обусловленных биологическими особенностями организма, при проведении предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинского вмешательства с использованием роговичных линз и в процессе дальнейшего лечения с их использованием, даже в случае, когда медицинская помощь (услуга) оказана с соблюдением всех необходимых требований, и Учреждение не несет ответственности за их возникновение;
- Меня проинформировали в устной и письменной форме о правилах эксплуатации роговичных линз, и Я получил(а) инструкцию производителя роговичных линз и инструкцию по уходу и эксплуатации и обязуюсь соблюдать требования указанных инструкций, а также назначения и рекомендации лечащего врача по использованию роговичных линз;
- Я информирован(а) и осознаю, что при использовании роговичных линз острота зрения может изменяться в течение дня, могут быть явления затуманивания, нечеткого зрения, «плавающего» зрения, головокружения, гало/глер эффекты (светорассеивание), снижение зрения при слабом освещении, трудности при управлении транспортом в ночное время, трудности при работе на близком расстоянии, двоение, нарушение бинокулярного зрения и мышечного баланса;
- Я предупрежден(а) и осознаю, что при использовании роговичных линз не допускается: посещение в роговичных линзах бассейна, бани, открытых водоемов; контакт линз с биологическими жидкостями (слюна, кровь), аэрозолями, глазными мазями, каплями (не совместимыми с контактными линзами); использование для очистки контактных линз моющих средств, мыла (за исключением многофункционального раствора для жестких линз); повторное хранение линз в одном и том же растворе; ношение линз во время простудных заболеваний, сон в роговичных линзах;

- Я информирован(а) и осознаю, что роговичные линзы предназначены для дневного ношения, режим ношения линз определяется лечащим врачом, категорически не допустимо использование линз во время сна;
- Я извещен(а) о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств;
- Я добросовестно предоставил(а) врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (лица, законным представителем которого я являюсь), 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(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я осознаю, что для получения лучших результатов должен(а) неукоснительно исполнять все рекомендации, предписания и назначения лечащего врача, в том числе назначенного режима ношения и использования роговичных линз, рекомендаций по явкам в Учреждение на контрольные осмотры, консультации специалистов, и иные требования и инструкции, влияющие на состояние здоровья и результат лечения, в т.ч. с использованием роговичных линз;
- Я проинформирован(а) о возможных альтернативных способах коррекции зрения, таких как: очки, жесткие газопроницаемые контактные линзы (ортокератологические, склеральные), мягкие контактные линзы;
- Я уведомлен(а), об обязанности соблюдения режима лечения (указаний, рекомендаций) назначенного медицинским работником, в том числе в период временной нетрудоспособности, а также о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья;
- Я предупрежден(а) и осознаю, что в случае невыполнения мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) рекомендаций лечащего врача или сокрытия противопоказаний для лечения, Учреждение не несет ответственности за нежелательные последствия данного медицинского вмешательства;
- Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) офтальмологического заболевания могу получить медицинские услуги в других медицинских учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение вышеуказанной медицинской услуги в Учреждении;
- Я уведомлен(а), что на территории Учреждения осуществляется видеонаблюдение. Основными целями видеонаблюдения являются: обеспечение общественной безопасности и безопасности деятельности Учреждения, антитеррористической защищенности безопасности работников Учреждения, пациентов, сопровождающих их лиц и посетителей; предотвращение опасных и профилактика чрезвычайных ситуаций; фиксация возможных противоправных действий и деяний, которые могут нанести вред имуществу и работникам Учреждения, пациентам, иным лицам, находящимся на территории Учреждения; контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Информация о зонах видеонаблюдения размещена на информационных табличках, предупреждающих о проведении видеонаблюдения;
- Я ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка, установленного в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- Я согласен(а) на участие в рамках практической подготовки обучающихся в Учреждении в оказании мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи, на присутствие врачей-ординаторов в процессе проведения медицинского вмешательства мне (лицу, законным представителем которого являюсь), а также на присутствие медицинских специалистов в целях использования результатов медицинского вмешательства в учебном процессе, на исключительно в медицинских или обучающих целях, проведения научных исследований и публикаций в научных изданиях, с учетом сохранения врачебной тайны, под тщательным контролем со стороны штатных специалистов и проинформирован(а) о том, что на любом этапе обследования могу отказаться от участия врачей-ординаторов;
- Даю свое согласие на использование изображения (фотографии, видео) моих глаз (глаз лица, законным представителем которого я являюсь) в медицинской документации, в научных и образовательных целях, с учетом сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимаю, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью Учреждения. Фото- и видеосъемка производится для цели

фиксирования результатов медицинского вмешательства. Я согласен(на) на проведение фото- и видеосъемки во время медицинского вмешательства и публикацию фотографий моих глаз (глаз лица, законным представителем которого я являюсь) на условиях анонимности в печатных изданиях и сети Интернет;

- Я информирован о том, что в случаях необходимости проведения по медицинским показаниям дополнительных исследований результаты этих исследований должны быть получены мною лично либо представителем по доверенности (при этом в доверенности должно содержаться мое согласие о предоставлении сведений, составляющих врачебную тайну), при невозможности получения лично даю свое согласие направлять результаты исследований по каналам электронной почты по адресу:

_____
(указать адрес электронной почты)

- Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем (лица, законным представителем которого я являюсь) диагнозе, степени тяжести и характере моего (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания родственникам, законным представителям, гражданам:

_____
(Перечислить фамилии, имена, отчества – полностью, дата рождения, указать степень родства или иные идентифицирующие сведения)

- Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право от него отказаться;
- Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинского вмешательства и получил(а) на них исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех диагностических методов обследования;
- Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения плана обследования (в связи с необходимостью проведения дополнительных диагностических методов, необходимость в которых невозможно в полной мере предвидеть заранее), и, как следствие, изменение продолжительности и стоимости медицинских услуг;
- Со мною согласован и одобрен предложенный мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) план обследования и лечения, стоимость и сроки оказания медицинских услуг, включая ожидаемые результаты, риски, возможные осложнения;
- Я согласен(а) на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных в соответствии с действующим законодательством;
- Я выражаю свое несогласие со следующими пунктами:

_____
(указать при наличии)

- Я утверждаю, что мне разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к обследованию, мною заданы все интересующие меня вопросы, получены все исчерпывающие ответы и разъяснения медицинского работника по всем этапам вышеуказанного медицинского вмешательства, мне понятны возможные риски предстоящего медицинского вмешательства, осложнения и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства;
- У меня было достаточно времени, чтобы принять решение о необходимости получения мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг;
- Я принимаю решение приступить к вышеуказанному медицинскому вмешательству на предложенных условиях;
- Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия и был ознакомлен(а) до начала медицинского вмешательства;
- Я подтверждаю, что решение о получении мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли;
- Я информирован(а) о возможности заполнения анкет для оценки качества оказания медицинских услуг в Учреждении, размещенных на сайте Учреждения и на бумажных носителях на информационных стендах Учреждения;
- Настоящее согласие подписано мною на приеме у медицинского работника Учреждения после проведения разъяснительной беседы. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Пациент
(законный представитель пациента)_____ _____ _____

	(подпись)	(Ф.И.О.)	(число, месяц, год)
В присутствии переводчика (для иностранных граждан)	(подпись)	(Ф.И.О.)	(число, месяц, год)

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 расписался в моем присутствии.

	(подпись)	(Ф.И.О.)	(число, месяц, год)
Врач-офтальмолог			

Примечание:

В случаях, когда необходимость проведения диагностического обследования неотложна, а:

- отсутствуют законные представители лиц, не достигших совершеннолетнего возраста, или недееспособных граждан,

- состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю,

вопрос об обследовании в интересах Пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением директора Учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.