



Чебоксарский филиал

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

П Р И К А З

«22» апреля 2026г.

г. Чебоксары

№ 94

Об утверждении и введении в действие
новых типовых форм документов, используемых
при оказании медицинских услуг

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 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006», и в целях совершенствования типовых форм документов, используемых при оказании медицинских услуг в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить и ввести в действие с 01.05.2026г. 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 медицинских услуг в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее - Чебоксарский филиал):

- Заявления пациента на получение платных медицинских услуг по федеральной программе, согласно приложению 1;
- Заявления пациента на получение платных медицинских услуг по территориальной программе, согласно приложению 2;
- Договора на оказание платных медицинских услуг (г. Чебоксары), согласно приложению 3;
- Договора на оказание платных медицинских услуг (г. Чебоксары СЗР), согласно приложению 4;
- Договора на оказание платных медицинских услуг (г. Саранск), согласно приложению 5;
- Договора на оказание платных медицинских услуг (г. Йошкар-Ола), согласно приложению 6;
- Договора на оказание платных медицинских услуг (г. Нижний Новгород), согласно приложению 7;
- Трехстороннего договора на оказание платных медицинских услуг (г. Чебоксары), согласно приложению 8;

- Трехстороннего договора на оказание платных медицинских услуг (г. Чебоксары СЗР), согласно приложению 9;
- Трехстороннего договора на оказание платных медицинских услуг (г. Саранск), согласно приложению 10;
- Трехстороннего договора на оказание платных медицинских услуг (г. Йошкар-Ола), согласно приложению 11;
- Трехстороннего договора на оказание платных медицинских услуг (г. Нижний Новгород), согласно приложению 12;
- Договора на оказание платных медицинских услуг с несовершеннолетними лицами с согласия законного представителя (г. Чебоксары), согласно приложению 13;
- Договора на оказание платных медицинских услуг с несовершеннолетними с согласия законного представителя (г. Чебоксары СЗР), согласно приложению 14;
- Договора на оказание платных медицинских услуг с несовершеннолетними лицами с согласия законного представителя (г. Саранск), согласно приложению 15;
- Договора на оказание платных медицинских услуг с несовершеннолетними лицами с согласия законного представителя (г. Йошкар-Ола), согласно приложению 16;
- Договора на оказание платных медицинских услуг с несовершеннолетними лицами с согласия законного представителя (г. Нижний Новгород), согласно приложению 17;
- Дополнительного соглашения к договору на оказание платных медицинских услуг (г. Чебоксары), согласно приложению 18;
- Дополнительного соглашения к договору на оказание платных медицинских услуг (г. Чебоксары СЗР), согласно приложению 19;
- Дополнительного соглашения к договору на оказание платных медицинских услуг (г. Саранск), согласно приложению 20;
- Дополнительного соглашения к договору на оказание платных медицинских услуг (г. Йошкар-Ола), согласно приложению 21;
- Дополнительного соглашения к договору на оказание платных медицинских услуг (г. Нижний Новгород), согласно приложению 22;
- Уведомления о необходимости предоставления дополнительных платных медицинских услуг, не предусмотренных договором, согласно приложению 23.
- Уведомления о соблюдении режима лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правил поведения пациента, согласно приложению 24;
- Согласия на отступление от стандарта медицинской помощи, согласно приложению 25;
- Договора на оказание сервисных услуг, согласно приложению 26;
- Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (диагностическое обследование), согласно приложению 27;
- Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (лечение), согласно приложению 28;
- Информированного добровольного согласия на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства, согласно приложению 29;
- Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (коррекция зрения), согласно приложению 30;
- Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (имплантация факичной интраокулярной линзы) согласно приложению 31;
- Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (факоэмульсификация с имплантацией «премиальной» интраокулярной линзы (с расширенной глубиной фокуса, с расширенной глубиной фокуса торической, мультифокальной, мультифокальной торической, торической)) согласно приложению 32;
- Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (лазерное лечение в Отделении реконструктивной окулопластической и лазерной хирургии), согласно приложению 33;

- Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (оперативное лечение в Отделении реконструктивной окулопластической и лазерной хирургии), согласно приложению 34;

- Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (инъекционная косметология), согласно приложению 35;

- Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (аппаратная косметология), согласно приложению 36;

- Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в целях трансплантации органов и(или) тканей человека реципиенту, согласно приложению 37;

- Заявления пациента об отказе от медицинского вмешательства, согласно приложению 38;

- Акта об отказе пациента от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, отказа от медицинского вмешательства, согласно приложению 39;

- Заявления пациента об отказе от участия обучающихся - аспирантов Учреждения в оказании медицинской помощи, согласно приложению 40;

- Согласия на обработку персональных данных пациента (г. Чебоксары), согласно приложению 41;

- Согласия на обработку персональных данных пациента (г. Чебоксары СЗР), согласно приложению 42;

- Согласия на обработку персональных данных пациента (г. г. Саранск), согласно приложению 43;

- Согласия на обработку персональных данных пациента (г. Йошкар-Ола), согласно приложению 44;

- Согласия на обработку персональных данных пациента (г. Нижний Новгород), согласно приложению 45.

2. Считать утратившими силу:

- приказ Чебоксарского филиала от 29.08.2023 № 270 «Об утверждении новых типовых форм документов при оказании медицинских услуг»;

- приказ Чебоксарского филиала от 26.10.2023 № 323 «О внесении дополнений в приказ от 29.08.2023 № 270 «Об утверждении новых типовых форм документов при оказании медицинских услуг»;

- приказ Чебоксарского филиала от 18.08.2025 № 152 «О внесении дополнений в приказ от 29.08.2023 № 270 «Об утверждении новых типовых форм документов при оказании медицинских услуг»;

- приказ Чебоксарского филиала от 07.11.2025 № 204 «О внесении дополнений в приказ от 29.08.2023 № 270 «Об утверждении новых типовых форм документов при оказании медицинских услуг»;

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

4. Руководителям медицинских подразделений обеспечить использование в работе типовых форм, утвержденных настоящим приказом.

5. Специалисту по связям с общественностью отдела регионального развития Ивановой М.Л. разместить текст настоящего приказа и типовые формы документов на официальном сайте Чебоксарского филиала www.mntkcheb.ru.

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

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

Директор



Н.А. Поздеева

Приложение № 1
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «04» 04 2026г. № 94

Директору Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК
«Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава
России Поздеевой Н.А.

от пациента (законного представителя пациента)

Ф.И.О. пациента (законного представителя пациента)
Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях №
Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара №

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я пациент _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - полностью)
дата рождения _____
(число, месяц, год рождения)
зарегистрирован(а) по адресу: _____
(адрес регистрации)
проживающий(ая) по адресу: _____
(адрес фактического проживания)
документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, серия и номер документа)
Выдан _____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан	
Я, _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя пациента - полностью)	Выдан _____ (наименование, серия и номер документа)
документ, удостоверяющий личность _____	

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)	
являюсь 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)	

изъявляю добровольное желание получить платные медицинские услуги в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России.

Мне разъяснено и мною осознано, что я имею возможность получения бесплатных медицинских услуг в рамках «Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи».

Я осведомлен(а), что согласно пункту 5 статьи 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской

помощи, и изъявляю добровольное желание получить платные медицинские услуги: диагностику, обследование, лечение, госпитализацию (нужное подчеркнуть) в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

Я информирован(а) о том, что при наличии показаний к госпитализации в федеральное медицинское учреждение в соответствии с Приказами Минздрава России от 23.12.2020 № 1363н «Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с Едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования» и от 11.04.2025 № 186н «Об утверждении порядка оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения», имею возможность получения бесплатных медицинских услуг в федеральном медицинском учреждении в рамках «Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» в порядке очереди по направлению лечащего врача (врача-офтальмолога) или территориального органа управления здравоохранением установленного образца.

Мне разъяснено и мною осознано, что при превышении сроков ожидания медицинской помощи в медицинской организации по сравнению со сроками, установленными Программой государственных гарантий оказания медицинской помощи, я могу получить бесплатную медицинскую помощь в других медицинских учреждениях.

Я также информирован(а), что при отсутствии показаний к госпитализации в федеральное медицинское учреждение, могу получить медицинскую помощь в другом медицинском учреждении по Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Я подтверждаю, что уведомлен(а) о возможности получения соответствующих вида и объемов медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, за счет средств бюджета и иных источников.

Мне также разъяснено, что я могу получить как один из видов платных услуг, так и несколько видов услуг на платной основе.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанных медицинских услуг в соответствии с ним.

Виды следующих платных медицинских услуг:

№ 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,

согласованы с врачом, и я даю свое добровольное согласие на их оплату Чебоксарскому филиалу ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России.

Настоящее заявление подписано мною на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы.

Пациент
(законный представитель пациента)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(число, месяц, год)

Приложение № 2
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от 04 » 04 2026г. № 94

Директору Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК
«Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава
России Позднеевой Н.А.
от пациента (законного представителя пациента)

Ф.И.О. пациента (законного представителя пациента)
Медицинская карта пациента, получающего
медицинскую помощь в амбулаторных условиях №
Медицинская карта пациента, получающего
медицинскую помощь в стационарных условиях, в
условиях дневного стационара №

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, пациент _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - полностью)
дата рождения _____
(число, месяц, год рождения)
зарегистрирован(а) по адресу: _____
(адрес регистрации)
проживающий(ая) по адресу: _____
(адрес фактического проживания)
документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, серия и номер документа)
выдан _____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

Я, _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя пациента - полностью) документ, удостоверяющий личность _____ (наименование, серия и номер документа) выдан _____ (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)
---	--

изъявляю добровольное желание получить платные медицинские услуги в Чебоксарском филиале ФГАУ
«НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России.
При этом мне разъяснено, что на основании статьи 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-
ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские организации,
участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги, в том числе на

иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания
гражданам медицинской помощи, поэтому, я готов(а) добровольно получить в Чебоксарском филиале
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России отдельные
медицинские услуги

_____ (указать, наименования медицинских услуг)
не включенные в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской
помощи, утвержденную постановлением Правительства Российской Федерации, и в Территориальную
программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в
_____, на платной основе.
(указать нужное: Чувашской Республике или Республике Марий Эл или Республике Мордовия или Нижегородской области)

Я подтверждаю, что уведомлен(а) о возможности получения соответствующих вида и объемов
медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам
Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и территориальной программы
государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской
помощи, за счет средств бюджета и иных источников.

Мне также разъяснено, что я могу получить как один из видов платных услуг, так и несколько
видов услуг на платной основе.
Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанных
медицинских услуг в соответствии с ним.

Вид(ы) выбранных мною платных медицинских услуг согласован(ы) с врачом, и я Пациент
(законный представитель Пациента) даю свое добровольное согласие на их оплату Чебоксарскому
филиалу ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России:

№ 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.
Мне разъяснено и мною осознано, что при превышении сроков ожидания медицинской помощи
в медицинской организации по сравнению со сроками, установленными Программой
государственных гарантий оказания медицинской помощи, я могу получить бесплатную
медицинскую помощь в других медицинских учреждениях.

Я также информирован(а), что могу получить медицинскую помощь в другом медицинском
учреждении по Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам
бесплатной медицинской помощи.

Настоящее заявление подписано мною на приеме у лечащего врача после проведения
разъяснительной беседы.

Пациент
(законный представитель пациента) _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) _____ (число, месяц, год)

Приложение № 3
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «02» 04 2026г. № 94

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

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 «Учреждение», 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 (далее – «Пациент») _____, действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны, и гражданина(ка) _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____ Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара № _____ именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент»

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

документ, удостоверяющий личность _____ (паспортные, серия и номер документа)	выдан _____
являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____ (исключения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)	
дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)	
именуемый(ая) в дальнейшем законный представитель Пациента, _____ (исключение о дате рождения ребенка или лица, признанного недееспособным)	

с другой стороны, при совместном наименовании «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (перечень медицинских услуг указан на сайте Учреждения в сети Интернет: <https://mnitkcheb.ru>), на основании медицинских показаний, а также собственных волеизъявления и желания Пациента (законного представителя Пациента), Учреждение в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736, действуя с добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), предоставляет ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране 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 Пациент (законный представитель пациента) оплачивает медицинские услуги (далее – услуги).

1.2. 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 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. Стоимость услуг, порядок их оплаты и сроки оказания

2.1. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуг.

2.2. **ВЫБРАТЬ НУЖНЫЙ ВАРИАНТ**
ВАРИАНТ 1 – 100% предоплата:
Оплата производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, на условиях 100 % авансового платежа на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

ВАРИАНТ 2 – предоплата по частям:

Оплата производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), следующим образом: в размере _____ (_____) рублей на условиях авансового платежа с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, оставшая сумма в размере _____ (_____) рублей - до начала оказания услуг, на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

2.3. Учреждение производит отметку о стоимости услуги в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, на руки Пациенту (законному представителю Пациента) выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

2.4. Срок оказания услуг: в течение месяца с момента поступления денежных средств от Пациента (законного представителя Пациента) на лицевой счет либо в кассу Учреждения.

2.5. Пролонгация 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.

2.6. 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.

2.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках государственной бесплатной медицинской помощи.

2.8. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Пациента (законного представителя Пациента) удерживается сумма за фактически оказанные услуги.

Остаток суммы, уплаченный Пациентом (законным представителем Пациента) по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

3. Права и обязанности Учреждения

3.1. Учреждение имеет право:

- требовать от Пациента (законного представителя Пациента) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.);
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямых или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- отказать Пациенту (законному представителю Пациента) в предоставлении медицинской услуги в случае невыполнения ими требований лечащего врача;
- получать от Пациента (законного представителя Пациента) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- 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 пациенту решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

3.2. Учреждение обязано:

- оказывать услугу Пациенту согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинской помощи и предоставляемых к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставлять Пациенту (законному представителю Пациента) бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинском образовании и квалификации; о соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональное образование и квалификацию); о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (информация размещена на сайте в сети Интернет: <https://minkeheh.ru>, информационный стенд/стойка);
- в отношении каждого Пациента вести требуемую медицинскую документацию;
- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя пациента), 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 Пациента (законного представителя Пациента);
- извещать Пациента (законного представителя пациента) 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;
- сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента в Учреждение;
- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья 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;
- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в случаях предусмотренных законодательством, листок нетрудоспособности (справку о временной нетрудоспособности).

4. Права и обязанности Пациента (законного представителя Пациента) имеет право:

4.1. Пациент (законный представитель Пациента) имеет право:

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Учреждении, 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 своего здоровья, 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;
- получить у Учреждения медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья 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 и в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;
- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при условии оплаты Учреждению фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Пациенту (законному представителю Пациента) возвращаются оплаченные денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг;
- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.2. Пациент (законный представитель Пациента) обязан:

- прибыть для получения услуги в назначенное Учреждением время;
- информировать врача Учреждения 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 вне Учреждения (при их наличии). Кроме того, Пациент обязуется не изымать из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и/или медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара 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 Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждение, 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 процедур, рекомендованных лечащим врачом Учреждения, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Учреждения, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств, трав, масел и прочего;
- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Учреждения в течение всего периода пребывания в Учреждении, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной

безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории Учреждения, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией в автомобиле Учреждения;

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

5. Ответственность сторон.

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

5.2. Учреждение 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. Учреждение не несет ответственности за оказание услуг в полном или меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) неполной информации о своем здоровье в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения правил внутреннего распорядка Учреждения, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Учреждением обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента (законного представителя Пациента), в том числе при нарушении им медицинских предписаний.

5.4. Учреждение не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, других факторов риска, а также в случаях оказания услуг в полном или меньшем объеме и/или недостаточности запланированного результата и/или неэффективности лечения, возникших в результате: несоблюдения Пациентом (законным представителем Пациента) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Пациентом (законным представителем Пациента) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Учреждения.

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. Пациент (законный представитель Пациента), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Учреждения, с Перечнем предоставляемых Учреждением услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;

- уведомлен(а) о возможности получения соответствующих вида и объемов медицинской помощи в рамках программ 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(а) 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 Пациента;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, 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, относящиеся к предмету договора;

- проинформирован(а), что сроки оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки оказания предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления медицинских услуг, графика работы медицинских работников, оказывающего медицинскую 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 поддаваясь в 100% случаев воле человека, эффективность оказания медицинской помощи зависит не только от выбранной тактики лечения и действий медицинского персонала, но и от индивидуальных особенностей организма Пациента, условий его жизнедеятельности, иных непротестируемых обстоятельств, в связи с чем Учреждение 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 Пациенту (законному представителю Пациента) полного выздоровления и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

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

7.2. Пациент (законный представитель Пациента) информирован, что согласно п. 5 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.3. Пациенту (законному представителю Пациента) разъяснено, что платные медицинские услуги ему могут быть оказаны при его добровольном желании и письменном согласии, указанном в заявлении, которое является неотъемлемой частью Договора.

Примечание:

Пункты 7.2. и 7.3. применяются при условии, если медицинские услуги предусмотрены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.4. До заключения настоящего договора Учреждение в письменной форме уведомило Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (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 Пациента.

7.5. Пациент (законный представитель Пациента) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.6. Подтверждением оказания медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Учреждением Пациенту (законному представителю Пациента).

7.7. Пациенту (законному представителю Пациента), по его желанию, могут быть оказаны дополнительные услуги немедленного характера, оказываемые в Учреждении, стоимость которых устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуги. Пациент оплачивает эти услуги на условиях договора.

7.8. Пациент (законный представитель Пациента) согласен, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Учреждение 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.

7.9. В случае отказа Пациента (законного представителя Пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Пациент оплачивает Учреждению фактически понесенные Учреждением расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7.10. Пациент (законный представитель Пациента) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, дает свободно, своей волей и в своем интересе бессрочное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. Пациент (законный представитель Пациента) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, отзыв оформляется только в виде письменного заявления.

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) экземплярах, по одному для каждой из сторон.

9. Сведения об Учреждении

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 сайт в сети «Интернет» <https://mntkcheb.ru>

Учреждение:

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

Пациент (законный представитель):

Фамилия имя отчество (при наличии)

документ, удостоверяющий личность, наименование, серия номер

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

Зарегистрирован(а) по адресу:

указать адрес регистрации

Проживающий по адресу:

указать адрес проживания

телефон

адрес электронной почты (если имеется)

ОГРН 1027739714606

ИНН 7713059497 КПП 213002001

Банковские реквизиты:

Л/с 30156331560,

в УФК по Чувашской Республике

к/с 40102810945370000024

в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК

по Нижегородской области, г. Нижний

Новгород

р/сч 032146430000000013201

БИК 012202102

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

(подпись)

(Ф.И.О.)

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

« _____ » 20 ____ г.

(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)

Этот раздел заполняется только на л

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

Я, _____

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 известно) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)

дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____

именуемый(ая) в дальнейшем законный представитель Пациента, _____

_____ (число, месяц, год рождения)

10. Предмет договора

1.3. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (перечень медицинских услуг указан на сайте Учреждения в сети Интернет: <https://tmktshef.ru>), на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Пациента (законного представителя Пациента), Учреждение в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2013г. № 736, действуя с добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), предоставляет ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, в т.ч. в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на

1.4. 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:					
Итого: руб.					

(сумма пропущено)

11. Стоимость услуг, порядок их оплаты и сроки оказания

2 10 Оплата провоза багажа на день оказания услуг.

2.11. Учреждение производит отметку о стоимости услуги в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, на руки Пациенту (законному представителю Пациента) выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

2.1.3. Пролонгация 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, оформляемых дополнительным соглашением сторон к договору.

2.14. 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.

2.15. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие дополнительные 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 оказания бесплатной медицинской помощи.

2.16. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Сторон (законного представителя Пациента) удерживается сумма за фактически оказанные услуги.

Статок суммы, уплаченный Пациентом (законным представителем Пациента) по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

12. Права и обязанности Учреждения

3.3. Учреждение имеет право:

- требовать от Пациента (законного представителя Пациента) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление

- получать медицинские услуги в соответствии с обязательствами 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 получать информацию о состоянии своего здоровья, 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;
 - получить у Учреждения медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья 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 и в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;
 - отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при условии оплаты Учреждением фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Пациенту (законному представителю Пациента) возвращаются оплаченные денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг;
 - на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.
- 4.4. Пациент (законный представитель Пациента) обязан:**
- прибыть для получения услуги в назначенное Учреждением время;
 - информировать врача Учреждения до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему, аллергических реакциях (в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства), аллергических реакциях (в том числе на состояние здоровья, а также сообщить все известные сведения о противопоказаниях, жалобах на состояние здоровья и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, состоянии своего здоровья, заболеваниях и направлениях на лечение, предоставить данные предварительных врачебных рекомендаций и консультаций специалистов, проведенных вне Учреждения (при их наличии). Кроме исследований и консультаций специалистов, проведенных вне Учреждения (при их наличии). Кроме того, Пациент обязуется не изымать из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и/или медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара 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 Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском Учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждение, 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 процедур, рекомендованных лечащим врачом Учреждения, и после выписки на амбулаторное лечение, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Учреждения, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств, трав, масел и прочего.
 - неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Учреждения в течение всего периода пребывания в Учреждении, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории Учреждения, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией в автомобиле Учреждения;
 - возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Учреждения.

14. Ответственность сторон.

- услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.);
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямых или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
 - отказать Пациенту (законному представителю Пациента) в предоставлении медицинской услуги в случае невыполнения ими требований лечащего врача;
 - получать от Пациента (законного представителя Пациента) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
 - 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 пациенту решению врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.
- 3.4. Учреждение обязано:**
- оказывать услугу Пациенту согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинской помощи и предоставляемых к медицинским услугам соответствующего вида;
 - предоставлять Пациенту (законному представителю Пациента) бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работников, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональное образование и квалификация), о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (информация размещена на сайте в сети Интернет: <https://mpekefeb.ru>, информационных стендах/стойках);
 - в отношении каждого Пациента вести требуемую медицинскую документацию;
 - предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя пациента), 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 Пациента (законного представителя Пациента);
 - извещать Пациента (законного представителя пациента) 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;
 - сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента в Учреждение;
 - выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья 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;
 - выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в случаях предусмотренных законодательством, листок нетрудоспособности (справку о временной нетрудоспособности).
- 13. Права и обязанности Пациента (законного представителя Пациента)**
- 4.3. Пациент (законный представитель Пациента) имеет право:**
- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Учреждении, о наличии лицензии и информации о предоставляемых медицинских услугах, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;

5.5. В соответствии с законодательством Российской Федерации Учреждение несет ответственность перед Пациентом (законным представителем Пациента) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.6. Учреждение 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.

5.7. Учреждение не несет ответственности за оказание услуг в полном или меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) неполной информации о своем здоровье в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения правил внутреннего распорядка Учреждения, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Учреждением обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента (законного представителя Пациента), в том числе при нарушении им медицинских предписаний.

5.8. Учреждение не несет ответственности в случаях осложненных или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, других факторов риска, а также в случаях оказания услуг в полном или меньшем объеме и/или недостижения запланированного результата и/или неэффективности лечения, возникших в результате: несоблюдения Пациентом (законным представителем Пациента) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Пациентом (законным представителем Пациента) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Учреждения.

15. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров

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

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

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

6.8. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в случае недостижения согласия сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

16. Особые условия

7.11. Пациент (законный представитель Пациента), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Учреждения, с Перечнем предоставляемых Учреждением услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;

- уведомлен(а) о возможности получения соответствующих вида и объемов медицинской помощи 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(а) 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 Пациента;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при

наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, 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 услуг с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения, относящиеся к предмету договора;

- проинформирован(а), что сроки оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки оказания предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления медицинских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего медицинскую 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 Пациента, условий его жизнедеятельности, иных непереносимых обстоятельств, в связи с чем Учреждение 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 Пациенту (законному представителю Пациента) полного выздоровления и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- согласен(а) на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Учреждения <https://tmf.kcheb.ru> или в мобильном приложении.

7.12. Пациент (законный представитель Пациента) информирован, что согласно п. 5 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.13. Пациенту (законному представителю Пациента) разъяснено, что платные медицинские услуги ему могут быть оказаны при его добровольном желании и письменном согласии, указанном в заявлении, которое является неотъемлемой частью Договора.

Примечание:

Пункты 7.2. и 7.3. применяются при условии, если медицинские услуги предусмотрены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.14. До заключения настоящего договора Учреждение в письменной форме уведомило Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (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 Пациента.

7.15. Пациент (законный представитель Пациента) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенных на период их временной нетрудоспособности, и правила посещения пациента в медицинских организациях.

7.16. Подтверждением оказания медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Учреждением Пациенту (законному представителю Пациента).

7.17. Пациенту (законному представителю Пациента), по его желанию, могут быть оказаны дополнительные услуги немедического характера, оказываемые в Учреждении, стоимость которых устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуги. Пациент оплачивает эти услуги на условиях договора.

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

7.19. В случае отказа Пациента (законного представителя Пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Пациент оплачивает Учреждению фактически понесенные Учреждением расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7.20. Пациент (законный представитель Пациента) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, дает свободно, своей волей и в своем интересе бесспорное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья и целей оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. Пациент (законный представитель Пациента) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, отзыв оформляется только в виде письменного заявления.

17. Прочие условия.

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

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

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

18. Сведения об Учреждении

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.

Адрес ЛДО г. Чебоксары (СЗР): 428025, Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. М. Павлова, д. 25 (здание санатория «Чувашиякурорт»).

E-mail: info@mnltkcheb.ru сайт в сети «Интернет» <https://mnltkcheb.ru>

Учреждение:

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

Пациент (законный представитель):

Фамилия (под отчество (при наличии))

документ, удостоверяющий личность: наименование, серия номер

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

Зарегистрирован(а) по адресу:

указать адрес регистрации

Проживающий по адресу:

указать адрес проживания

телефон

адрес электронной почты (если имеется)

Фактический адрес: 428028, Чувашская

Республика, г. Чебоксары,

пр. Тракторостроителей, д. 10

Адрес ЛДО г. Чебоксары (СЗР): 428025,

Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. М.

Павлова, д. 25

ОГРН 1027739714606

ИНН 7713059497 КПП 213002001

Банковские реквизиты:

Л/с 30156331560,

в УФК по Чувашской Республике

к/с 40102810943370000024

в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК

по Нижегородской области, г Нижний

Новгород

р/сч 032146430000000013201

БИК 012202102

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

Приложение № 5
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04 2026г. № 94

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Саранск « ____ » _____ 20 ____ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технологический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «Учреждение», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № ЛО41-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, в лице _____, Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее – «Филиал»), с одной стороны,
Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) - до конца)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в _____
условиях дневного стационара № _____
именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент»

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан	_____
Я, _____ (именное, серия и номер документа)	_____
документ, удостоверяющий личность _____	_____
_____ (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)	_____ (число, месяц, год рождения)
дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____	_____
именуемый(ая) в дальнейшем законный представитель Пациента, _____	_____
с другой стороны, при совместном наименовании «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:	_____

19. Предмет договора

1.5. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (перечень медицинских услуг указан на сайте Учреждения в сети Интернет: <https://mnikcheb.ru>), на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Пациента (законного представителя Пациента), Учреждение в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736, действуя с добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), предоставляет ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране 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 Пациент (законный представитель пациента) оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.6. 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.

20. Стоимость услуг, порядок их оплаты и сроки оказания

2.17. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуг.

2.18. **ВЫБРАТЬ НУЖНЫЙ ВАРИАНТ**

ВАРИАНТ 1 – 100% предоплата:

Оплата производится, согласно Пациента (законного представителя Пациента), с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, на условиях 100 % авансового платежа на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

ВАРИАНТ 2 – предоплата по частям:

Оплата производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), следующим образом: в размере _____ (_____) рублей на условиях авансового платежа с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, оставшая сумма в размере _____ (_____) рублей - до начала оказания услуг, на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

2.19. Учреждение производит отметку о стоимости услуги в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в медицинской карте пациента, Пациенту (законному представителю Пациента) выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

2.20. Срок оказания услуг: в течение месяца с момента поступления денежных средств от Пациента (законного представителя Пациента) на лицевой счет либо в кассу Учреждения.

2.21. 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.

2.22. 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.

2.23. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках гарантий бесплатной медицинской помощи.

2.24. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Пациента (законного представителя Пациента) удерживается сумма за фактически оказанные услуги.

Остаток суммы, уплаченный Пациентом (законным представителем Пациента) по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

21. Права и обязанности Учреждения

3.5. Учреждение имеет право:

- требовать от Пациента (законного представителя Пациента) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.);
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- отказать Пациенту (законному представителю Пациента) в предоставлении медицинской услуги в случае невыполнения ими требований лечащего врача;
- получать от Пациента (законного представителя Пациента) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- 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 пациенту решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

3.6. Учреждение обязано:

- оказывать услугу Пациенту согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинской помощи и предоставляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставлять Пациенту (законному представителю Пациента) бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работников, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональное образование и квалификации); о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (информация размещена на сайте в сети Интернет: <https://minkhebe.ru>, информационных стендах/стойках);
- в отношении каждого Пациента вести требуемую медицинскую документацию;
- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя пациента), 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 Пациента (законного представителя Пациента);
- извещать Пациента (законного представителя пациента) 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;
- сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента в Учреждение;
- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья 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;
- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в случаях предусмотренных законодательством, листок нетрудоспособности (справку о временной нетрудоспособности).

22. Права и обязанности Пациента (законного представителя Пациента)

4.5. Пациент (законный представитель Пациента) имеет право:

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Учреждении, 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 своего здоровья, 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;
- получить у Учреждения медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья 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 и в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;
- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при условии оплаты Учреждению фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Пациенту (законному представителю Пациента) возвращаются оплаченные денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг;
- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.6. Пациент (законный представитель Пациента) обязан:

- прибыть для получения услуги в назначенное Учреждением время;
- информировать врача Учреждения 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 вне Учреждения (при их наличии). Кроме того, Пациент обязуется не изымать из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и/или медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара 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 Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждение, 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 процедур, рекомендованных лечащим врачом Учреждения, и после выписки на амбулаторное лечение, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Учреждения, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств, трав, масел и прочего;
- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Учреждения в течение всего периода пребывания в Учреждении, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной

безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории Учреждения, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией в автомобиле Учреждения;

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

23. Ответственность сторон.

5.9. В соответствии с законодательством Российской Федерации Учреждение несет ответственность перед Пациентом (законным представителем Пациента) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.10 Учреждение 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.

5.11. Учреждение не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) неполной информации о своем здоровье в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения правил внутреннего распорядка Учреждения, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Учреждением обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента (законного представителя Пациента), в том числе при нарушении им медицинских предписаний.

5.12. Учреждение не несет ответственности в случаях осложненных или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, 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 Пациентом (законным представителем Пациента) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредоставления Пациентом (законным представителем Пациента) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Пациентом (законным представителем Пациента) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Учреждения.

24. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров

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

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

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

6.12. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в случае недостижения согласия сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

25. Общие условия

7.21. Пациент (законный представитель Пациента), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Учреждения, с Перечнем предоставляемых Учреждением услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;
- уведомлен(а) о возможности получения соответствующих вида и объемов медицинской помощи 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(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых услуг, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья Пациента;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, 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 профессиональное образование и квалификация); 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, относящиеся к предмету договора;

- проинформирован(а), что сроки оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления медицинских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего медицинскую 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 неконтролируемых 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 Пациента, условий его жизнедеятельности, иных непрогнозируемых обстоятельств, в связи с чем Учреждение 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 Пациенту (законному представителю Пациента) полного выздоровления и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- согласен(а) на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Учреждения <https://mniksrb.ru> или в мобильном приложении.

7.22. Пациент (законный представитель Пациента) информирован, что согласно п. 5 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.23. Пациенту (законному представителю Пациента) разъяснено, что платные медицинские услуги ему могут быть оказаны при его добровольном желании и письменном согласии, указанном в заявлении, которое является неотъемлемой частью Договора.

Примечание:

Пункты 7.2. и 7.3. применяются при условии, если медицинские услуги предусмотрены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.24. До заключения настоящего договора Учреждение в письменной форме уведомило Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (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 Пациента.

7.25. Пациент (законный представитель Пациента) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья

граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях

7.26. Подтверждением оказания медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Учреждением Пациенту (законному представителю Пациента).

7.27. Пациенту (законному представителю Пациента), по его желанию, могут быть оказаны дополнительные услуги немедического характера, оказываемые в Учреждении, стоимость которых устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуги. Пациент оплачивает эти услуги на условиях договора.

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

7.29. В случае отказа Пациента (законного представителя Пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Пациент оплачивает Учреждению фактически понесенные Учреждением расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7.30. Пациент (законный представитель Пациента) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, дает свободно, своей волей и в своем интересе бесспорное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов Пациент (законный представитель Пациента) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, отзыв оформляется только в виде письменного заявления.

26. Прочие условия.

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

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

8.9. Настоящий договор составлен в 2 (двух) экземплярах, по одному для каждой из сторон.

27. Сведения об Учреждении

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.

Адрес ЛДО в г. Саранск: 430030, Республика Мордовия, г. Саранск, Исторический проезд, д. 6.

E-mail: info@mnktcheb.ru сайт в сети «Интернет» <https://mnktcheb.ru>

Учреждение:

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

Пациент (законный представитель):

Фамилия (им. отчество (при наличии))

документ, удостоверяющий личность: наименование, серия номер

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

Адрес ЛДО в г. Саранск: 430030, Республика

Мордовия, г. Саранск, Исторический проезд, д. 6

Банковские реквизиты:

Л/с 30156331560,

в УФК по Чувашской Республике

к/с 40102810945370000024

в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК

по Нижегородской области, г. Нижний

Новгород

р/сч 032146430000000013201

БИК 012202102

(подпись)

(Ф.И.О.)

(Ф.И.О.)

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

Зарегистрирован(а) по адресу:

указать адрес регистрации

Проживающий по адресу:

указать адрес проживания

телефон

адрес электронной почты (если имеется)

Приложение № 6
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04 2026г. № 94

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Йошкар-Ола « ____ » ____ 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 «Учреждение», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бесспорно, в лице _____ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

Положения о филиале и Доверенности _____, действующей(ей) на основании _____ и граждан(ка) _____, с одной стороны,

(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____ Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара № _____ именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент»

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

с другой стороны, при совместном наименовании «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

28. Предмет договора

1.7. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (перечень медицинских услуг указан на сайте Учреждения в сети Интернет: <https://mntkcheb.ru>), на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Пациента (законного представителя Пациента), Учреждение в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736, действуя с добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), предоставляет ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране 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 Пациент (законный представитель пациента) оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.8. 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.

29. Стоимость услуг, порядок их оплаты и сроки оказания

2.25. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуг.

2.26. **ВЫБРАТЬ НУЖНЫЙ ВАРИАНТ**

ВАРИАНТ 1 – 100% предоплата:

Оплата производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, на условиях 100 % авансового платежа на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

ВАРИАНТ 2 – предоплата по частям:

Оплата производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), следующим образом: в размере _____ (_____) рублей на условиях авансового платежа с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, оставшая сумма в размере _____ (_____) рублей - до начала оказания услуг, на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

2.27. Учреждение производит отметку о стоимости услуги в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, на руки Пациенту (законному представителю Пациента) выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

2.28. Срок оказания услуг: в течение месяца с момента поступления денежных средств от Пациента (законного представителя Пациента) на лицевой счет либо в кассу Учреждения.

2.29. 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.

2.30. 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.

2.31. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках государственной бесплатной медицинской помощи.

2.32. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Пациента (законного представителя Пациента) удерживается сумма за фактически оказанные услуги.

Остаток суммы, уплаченный Пациентом (законным представителем Пациента) по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

30. Права и обязанности Учреждения

3.7. Учреждение имеет право:

- требовать от Пациента (законного представителя Пациента) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.);
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямых или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- отказать Пациенту (законному представителю Пациента) в предоставлении медицинской услуги в случае невыполнения ими требований лечащего врача;
- получать от Пациента (законного представителя Пациента) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- 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 пациенту решению врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

3.8. Учреждение обязано:

- оказать услугу Пациенту согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинской помощи и предъявляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставить Пациенту (законному представителю Пациента) бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работников, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональное образование и квалификация); о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (информация размещена на сайте в сети Интернет: <https://minkcheb.ru>, информационный стэнда/стойка);
- в отношении каждого Пациента вести требуемую медицинскую документацию;
- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя пациента), 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 платных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Пациента (законного представителя Пациента);
- извещать Пациента (законного представителя пациента) 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;
- сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента в Учреждение;
- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья 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;
- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в случаях предусмотренных законодательством, листок нетрудоспособности (справку о временной нетрудоспособности).

31. Права и обязанности Пациента (законного представителя Пациента)

4.7. Пациент (законный представитель Пациента) имеет право:

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Учреждении, 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 своего здоровья, 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;
- получить у Учреждения медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья 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 и в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;
- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при условии оплаты Учреждению фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Пациенту (законному представителю Пациента) возвращаются оплаченные денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг;
- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.8. Пациент (законный представитель Пациента) обязан:

- прибыть для получения услуги в назначенное Учреждением время;
- информировать врача Учреждения 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 вне Учреждения (при их наличии). Кроме того, Пациент обязуется не изымать из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и/или медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара 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 Учреждения, в том числе после назначения режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждение, 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 процедур, рекомендованных лечащим врачом Учреждения, и после выписки на амбулаторное лечение, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Учреждения, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств, трав, масел и прочего;
- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Учреждения в течение всего периода пребывания в Учреждении, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной

безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории Учреждения, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией в автомобиле Учреждения;

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

32. Ответственность сторон.

5.13. В соответствии с законодательством Российской Федерации Учреждение несет ответственность перед Пациентом (законным представителем Пациента) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.14. Учреждение не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуг, 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.

5.15. Учреждение не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) неполной информации о своем здоровье в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения правил внутреннего распорядка Учреждения, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Учреждением обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента (законного представителя Пациента), в том числе при нарушении им медицинских предписаний.

5.16. Учреждение не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, 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 Пациентом (законным представителем Пациента) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Пациентом (законным представителем Пациента) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Учреждения.

33. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров

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

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

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

6.16. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в случае недостижения согласия сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

34. Общие условия

7.31. Пациент (законный представитель Пациента), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинских организациями платных медицинских услуг, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736,
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Учреждения, с Перечнем предоставляемых Учреждением услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;
- уведомлен(а) о возможности получения соответствующих вида и объемов медицинской помощи в рамках программ 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(а) 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 Пациента;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, 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, относящиеся к предмету договора;

- проинформирован(а), что сроки оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки оказания предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления медицинских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего медицинскую 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 Пациента, условий его жизнедеятельности, иных непротестируемых обстоятельств, в связи с чем Учреждение 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 Пациенту (законному представителю Пациента) полного выздоровления и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- согласен(а) на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Учреждения <https://mptkcheb.ru> или в мобильном приложении.

7.32. Пациент (законный представитель Пациента) информирован, что согласно п. 5 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.33. Пациенту (законному представителю Пациента) разъяснено, что платные медицинские услуги ему могут быть оказаны при его добровольном желании и письменном согласии, указанном в заявлении, которое является неотъемлемой частью Договора.

Примечание:

Пункты 7.2 и 7.3 применяются при условии, если медицинские услуги предусмотрены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.34. До заключения настоящего договора Учреждение в письменной форме уведомило Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (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 Пациента.

7.35. Пациент (законный представитель Пациента) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья

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
Адрес ЛДО в г. Йошкар-Ола: 424000, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, Воскресенская набережная, д. 8
Банковские реквизиты:
Л/с 30156331560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК по Нижегородской области, г Нижний Новгород
р/сч 032146430000000013201
БИК 012202102

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)
_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)
М.П.

граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенных на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.
7.36. Подтверждением оказания медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Учреждением Пациенту (законному представителю Пациента).
7.37. Пациенту (законному представителю Пациента), по его желанию, могут быть оказаны дополнительные услуги немедленного характера, оказываемые в Учреждении, стоимость которых устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуги. Пациент оплачивает эти услуги на условиях договора.
7.38. Пациент (законный представитель Пациента) согласен, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Учреждение вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, предоставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.
7.39. В случае отказа Пациента (законного представителя Пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Пациент оплачивает Учреждению фактически понесенные Учреждением расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
7.40. Пациент (законный представитель Пациента) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, дает свободно, своей волей и в своем интересе бесспорное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинских документов, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. Пациент (законный представитель Пациента) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, отзыв оформляется только в виде письменного заявления.

35. Прочие условия.

- 8.10. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.
- 8.11. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.
- 8.12. Настоящий договор составлен в 2 (двух) экземплярах, по одному для каждой из сторон.

36. Сведения об Учреждении

Федеральное государственное 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.
Адрес ЛДО в г. Йошкар-Ола: 424000, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, Воскресенская набережная, д. 8.
E-mail: info@mnikcheb.ru сайт в сети «Интернет» <https://mnikcheb.ru>

Пациент (законный представитель):

Учреждение:
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Фамилия имя отчество (при наличии)
_____ документ, удостоверяющий личность, наименование, серия, номер

Приложение № 7
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04 2026г. № 94

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Нижний Новгород « ____ » ____ 20 ____ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технологический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «Учреждение», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № ЛО41-00110-47/00574034 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) - по паспорту)
медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в _____
исключениях дневного стационара № _____
именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент»

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан	
Я, _____	Выдан _____
документ, удостоверяющий личность _____ (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 - по паспорту)	
дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____	
именуемый(ая) в дальнейшем законный представитель Пациента, _____	

с другой стороны, при совместном наименовании «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

37. Предмет договора

1.9. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (перечень медицинских услуг указан на сайте Учреждения в сети Интернет: <https://mnpkcheb.ru>), на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Пациента (законного представителя Пациента), Учреждение в соответствии с Правилами предоставления медицинских организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736, действуя с добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), предоставляет ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране 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 Пациент (законный представитель пациента) оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.10. 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.

38. Стоимость услуг, порядок их оплаты и сроки оказания

2.33. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуг.

2.34. **ВЫБРАТЬ НУЖНЫЙ ВАРИАНТ**

ВАРИАНТ 1 – 100% предоплата:

Оплата производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, на условиях 100 % авансового платежа на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

ВАРИАНТ 2 – предоплата по частям:

Оплата производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), следующим образом: в размере _____ (_____) рублей на условиях авансового платежа с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, остальная сумма в размере _____ (_____) рублей - до начала оказания услуг, на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

2.35. Учреждение производит отмену о стоимости услуги в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в медицинской карте пациента, Пациенту (законному представителю Пациента) выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

2.36. Срок оказания услуг: в течение месяца с момента поступления денежных средств от Пациента (законного представителя Пациента) на лицевой счет либо в кассу Учреждения.

2.37. 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.

2.38. 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.

2.39. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взаимной платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках государственной бесплатной медицинской помощи.

2.40. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Пациента (законного представителя Пациента) удерживается сумма за фактически оказанные услуги.

Остаток суммы, уплаченный Пациентом (законным представителем Пациента) по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

39. Права и обязанности Учреждения

3.9 Учреждение имеет право:

- требовать от Пациента (законного представителя Пациента) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.);
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- отказать Пациенту (законному представителю Пациента) в предоставлении медицинской услуги в случае невыполнения им требований лечащего врача;
- получать от Пациента (законного представителя Пациента) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- 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 пациенту решение врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

3.10 Учреждение обязано:

- оказывать услугу Пациенту согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинской помощи и предоставляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставлять Пациенту (законному представителю Пациента) бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работников, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональном образовании и квалификации), о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; о методах оказания медицинской помощи, связанных с предоставлением платных медицинских услуг; о последствиях, их последствиях и ожидаемых рисках, возможных видах медицинского вмешательства, а также иную информацию и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (информация размещена на сайте в сети Интернет: <https://minkcheb.ru>, информационный стенда/стойка);
- в отношении каждого Пациента вести требуемую медицинскую документацию;
- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя пациента), 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 платных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Пациента (законного представителя Пациента);
- извещать Пациента (законного представителя пациента) 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;
- сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента в Учреждение;
- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагноза, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;
- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в случаях предусмотренных законодательством, листок нетрудоспособности (справку о временной нетрудоспособности).

40. Права и обязанности Пациента (законного представителя Пациента)

4.9 Пациент (законный представитель Пациента) имеет право:

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Учреждении, 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 своего здоровья, 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;
- получить у Учреждения медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагноза, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы и в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;
- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при условии оплаты Учреждению фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Пациенту (законному представителю Пациента) возвращаются оплаченные денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг;
- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.10 Пациент (законный представитель Пациента) обязан:

- прибыть для получения услуги в назначенное Учреждением время;
- информировать врача Учреждения 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 предыдущих исследований и консультаций специалистов, проведенных вне Учреждения (при их наличии). Кроме того, Пациент обязуется не изымать из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и/или медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара 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 Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждение, 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 процедур, рекомендованных лечащим врачом Учреждения, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Учреждения, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств, трав, масел и прочего;
- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Учреждения в течение всего периода пребывания в Учреждении, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной

безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории Учреждения, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией в автомобиле Учреждения;

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

41. Ответственность сторон.

5.17. В соответствии с законодательством Российской Федерации Учреждение несет ответственность перед Пациентом (законным представителем Пациента) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.18. Учреждение не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуг, 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.

5.19. Учреждение не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) неполной информации о своем здоровье в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения правил внутреннего распорядка Учреждения, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Учреждением обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента (законного представителя Пациента), в том числе при нарушении им медицинских предписаний.

5.20. Учреждение не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, 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 Пациентом (законным представителем Пациента) обязательств, предусмотренных п. 4.2 настоящего договора, в т.ч. непредоставления Пациентом (законным представителем Пациента) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельств, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Пациентом (законным представителем Пациента) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Учреждения.

42. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров

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

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

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

6.20. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в случае недостижения согласия сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

43. Особые условия

7.41. Пациент (законный представитель Пациента), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Учреждения, с Перечнем предоставляемых Учреждением услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;

- уведомлен(а) о возможности получения соответствующих вида и объемов медицинской помощи 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(а) 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 Пациента;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, 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, относящиеся к предмету договора;

- проинформирован(а), что сроки оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления медицинских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего медицинскую 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 Пациента, условий его жизнедеятельности, иных непрогнозируемых обстоятельств, в связи с чем Учреждение 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 Пациенту (законному представителю Пациента) полного выздоровления и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- согласен(а) на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Учреждения <https://mptkcheb.ru> или в мобильном приложении.

7.42. Пациент (законный представитель Пациента) информирован, что согласно п. 5 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.43. Пациенту (законному представителю Пациента) разъяснено, что платные медицинские услуги ему могут быть оказаны при его добровольном желании и письменном согласии, указанном в заявлении, которое является неотъемлемой частью Договора.

Примечание:

Пункты 7.2. и 7.3. применяются при условии, если медицинские услуги предусмотрены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.44. До заключения настоящего договора Учреждение в письменной форме уведомило Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (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 Пациента.

7.45. Пациент (законный представитель Пациента) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья

граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенных на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.46. Подтверждением оказания медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Учреждением Пациенту (законному представителю Пациента).

7.47. Пациенту (законному представителю Пациента), по его желанию, могут быть оказаны дополнительные услуги немедленного характера, оказываемые в Учреждении, стоимость которых устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуги. Пациент оплачивает эти услуги на условиях договора.

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

7.49. В случае отказа Пациента (законного представителя Пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Пациент оплачивает Учреждению фактически понесенные Учреждением расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7.50. Пациент (законный представитель Пациента) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, дает свободно, своей волей и в своем интересе бесспорное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. Пациент (законный представитель Пациента) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, отзыв оформляется только в виде письменного заявления.

44. Прочие условия.

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

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

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

45. Сведения об Учреждении

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.

Адрес ЛДО в г. Нижний Новгород: 603006, Нижегородская область, г. Нижний Новгород, пл. Свободы, д. 6 пом. ПП.

E-mail: info@mnikcheb.ru сайт в сети «Интернет» <https://mnikcheb.ru>

Учреждение:

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

Пациент (законный представитель):

Фамилия имя отчество (при наличии)

документ, удостоверяющий личность: наименование, серия номер

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

Зарегистрирован(а) по адресу:

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

Адрес ЛДО в г. Нижний Новгород: 603006,

Нижегородская область, г. Нижний Новгород,

пл. Свободы, д. 6 пом. ПП.

Банковские реквизиты:

Л/с 3015631560,

в УФК по Чувашской Республике

к/с 40102810945370000024

в ОЦП № 1 ВВГУ Банка России/УФК

по Нижегородской области, г. Нижний

Новгород

р/сч 032146430000000013201

БИК 012202102

(подпись) (Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

Приложение № 8
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «28» 04 2026г. № 94

ДОГОВОР № _____
(трехсторонний) на оказание платных медицинских услуг

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 «Учреждение», 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

Положения о филиале и Доверенности _____, действующего(ей) на основании и граждан(ин)(ка) _____, с одной стороны,

(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара № _____
именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент»

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

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

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - ребенка или недееспособного гражданина - полностью)
(число, месяц, год рождения)

именуемый(ая) в дальнейшем законный представитель Пациента, с другой стороны, а также гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)

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

именуемый(ая) в дальнейшем «Плательщик», с третьей стороны при совместном наименовании «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

46. Предмет договора

1.11. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (перечень медицинских услуг указан на сайте Учреждения в сети Интернет: <https://mnkscheb.ru>), на основании медицинских показаний, а также желания Пациента (законного представителя Пациента), Учреждение в соответствии с Правилами предоставления

медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736, действуя с добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), предоставляет ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране 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 Плательщик по договору со стороны Пациента оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.12. 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.

47. Стоимость услуг, порядок их оплаты и сроки оказания

2.41. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуг.

2.42. ВЫБРАТЬ НУЖНЫЙ ВАРИАНТ

ВАРИАНТ 1 – 100% предоплата:

Оплата Плательщиком производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, на условиях 100 % авансового платежа на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

ВАРИАНТ 2 – предоплата по частям:

Оплата Плательщиком производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), следующим образом: в размере _____ (_____) рублей на условиях авансового платежа с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, оставшая сумма в размере _____ (_____) рублей - до начала оказания услуг, на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

2.43. Учреждение производит отмену о стоимости услуги в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в медицинской карте стационарного больного, на руки Плательщику выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

2.44. Срок оказания услуг: в течение месяца с момента поступления денежных средств от Плательщика на лицевой счет либо в кассу Учреждения.

2.45. 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.

2.46. 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.

2.47. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы 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.

2.48. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Плательщика удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Плательщиком по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

48. Права и обязанности Учреждения

3.11. Учреждение имеет право:

- требовать от Пациента (законного представителя Пациента) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.);
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямых или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- отказать Пациенту (законному представителю Пациента) в предоставлении медицинской услуги в случае невыполнения ими требований лечащего врача;
- получать от Пациента (законного представителя Пациента) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- 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 пациенту решению врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

3.12. Учреждение обязано:

- оказывать услугу Пациенту согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинской помощи и предоставляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставлять Пациенту (законному представителю Пациента) бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работников, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональное образование и квалификация); о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (информация размещена на сайте в сети Интернет: <https://nplkcheb.ru>, информационные стендах/стойках);
- в отношении каждого Пациента вести требуемую медицинскую документацию;
- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя пациента), 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 Пациента (законного представителя Пациента);
- извещать Пациента (законного представителя пациента) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинскими услугами, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора;
- сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента в Учреждение;
- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагноза,

методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;

- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в случаях предусмотренных законодательством, листок нетрудоспособности (справку о временной нетрудоспособности)

49. Права и обязанности Пациента (законного представителя Пациента)

4.11. Пациент (законный представитель Пациента) имеет право:

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Учреждении, 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 своего здоровья, 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;
- получить у Учреждения медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья 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 и в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;
- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при условии оплаты Учреждению фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Пациенту (законному представителю Пациента) возвращаются оплаченные денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг;
- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.12. Пациент (законный представитель Пациента) обязан:

- прибыть для получения услуги в назначенное Учреждением время;
- информировать врача Учреждения до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях (в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства), противопознаниях, 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 вне Учреждения (при их наличии). Кроме того, Пациент обязуется не изымать из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и/или медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара 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 Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждение, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения;
- обеспечить своевременную оплату стоимости 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 процедур, рекомендованных лечащим врачом Учреждения, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или

специалистами Учреждения, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств, трав, масел и прочего;

- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Учреждения в течение всего периода пребывания в Учреждении, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории Учреждения, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией в автомобиле Учреждения,
- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Учреждения.

50. Права и обязанности Плательщика

50.2. Плательщик вправе требовать медицинское заключение, являющееся подтверждением оказания медицинских услуг Пациенту.

50.3. Плательщик обязан своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг Пациенту.

51. Ответственность сторон.

51.21. В соответствии с законодательством Российской Федерации Учреждение несет ответственность перед Пациентом (законным представителем Пациента) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

51.22. Учреждение 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.

51.23. Учреждение не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) неполной информации о своем здоровье в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения правил внутреннего распорядка Учреждения, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Учреждением обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента (законного представителя Пациента), в том числе при нарушении им медицинских предписаний.

51.24. Учреждение не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, 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 Пациентом (законным представителем Пациента) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредоставления Пациентом (законным представителем Пациента) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Пациентом (законным представителем Пациента) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Учреждения.

52. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров

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

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

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

6.24. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в случае недостижения согласия сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

53. Особые условия

7.51. Пациент (законный представитель Пациента), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2013 г. № 736;

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

- уведомлен(а) о возможности получения соответствующих вида и объемов медицинской помощи 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(а) 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 Пациента;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, 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 услуг с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения, относящиеся к предмету договора;

- проинформирован(а), что сроки ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, установленные Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг за счет вида и условий предоставления медицинских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего медицинскую 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 Пациента, условий его жизнедеятельности, иных непротестируемых обстоятельств, в связи с чем Учреждение 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 Пациенту (законному представителю Пациента) полного выздоровления и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- согласен(а) на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Учреждения <https://tmkheh.ru> или в мобильном приложении.

7.52. Пациент (законный представитель Пациента) информирован, что согласно п. 5 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.53. Пациенту (законному представителю Пациента) разъяснено, что платные медицинские услуги ему могут быть оказаны при его добровольном желании и письменном согласии, указанном в заявлении, которое является неотъемлемой частью Договора.

Примечание:

Пункты 8.2. и 8.3. применяются при условии, если медицинские услуги предусмотрены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.54. До заключения настоящего договора Учреждение в письменной форме уведомило Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначения режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

7.55. Пациент (законный представитель Пациента) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.56. Подтверждением оказания медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Учреждением Пациенту (законному представителю Пациента).

7.57. Пациенту (законному представителю Пациента), по его желанию, могут быть оказаны дополнительные услуги немедического характера, оказываемые в Учреждении, стоимость которых устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуги. Пациент (законный представитель Пациента) либо Плательщик на стороне Пациента оплачивает эти услуги на условиях, указанных договором.

7.58. Пациент (законный представитель Пациента) и Плательщик согласны, что при подписании настоящего Договора и любых дополнительных соглашений к нему, Учреждение вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, предоставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.59. В случае отказа Пациента (законного представителя Пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Плательщик оплачивает Учреждению фактически понесенные Учреждением расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7.60. Пациент (законный представитель Пациента) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, дает свободно, своей волей и в своем интересе бесспорное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. Пациент (законный представитель Пациента) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, отзыв оформляется только в виде письменного заявления.

54. Прочие условия.

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

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

8.18. Настоящий договор составлен в 3 (трех) экземплярах, по одному для каждой из сторон.

55. Сведения об Учреждении

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 6-й, 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 сайт в сети «Интернет» <https://mntkcheb.ru>

Учреждение:

ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза»

им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

Чебоксарский филиал ФГАУ «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 30156331560,

в УФК по Чувашской Республике

к/с 40102810945370000024

в ОДЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК

по Нижегородской области, г. Нижний

Новгород

р/сч 032146430000000013201

БИК 012202102

Пациент (законный представитель):

Фамилия имя отчество (при наличии)

документ, удостоверяющий личность: наименование, серия номер

ссылка на дату выдачи документа и выданном его органе

Зарегистрирован(а) по адресу:

указать адрес регистрации

Проживающий по адресу:

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

указать адрес регистрации

указать адрес проживания

Приложение № 9
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «28» 04 2026г. № 94

ДОГОВОР № _____
(трехсторонний) на оказание платных медицинских услуг

г. Чебоксары « ____ » ____ 20 ____ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Мехотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «Учреждение», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, беспсрочно, в лице _____ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

Положения о филиале и Доверенности _____, действующего(ей) на основании и граждан(ки) _____, с одной стороны,

(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в _____
условиях дневного стационара № _____
именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент» _____

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

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

(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 законный представитель Пациента, _____
с другой стороны,

а также гражданин(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью) _____
документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, серия и номер документа) _____
выдан _____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе) _____

именуемый(ая) в дальнейшем «Плательщик», с третьей стороны
при совместном наименовании «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

56. Предмет договора

1.13 В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (перечень медицинских услуг указан на сайте Учреждения в сети Интернет: <https://mptkcheb.ru>), на основании медицинских показаний, а также желания Пациента (законного представителя Пациента), Учреждение в соответствии с Правилами предоставления

медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736, действуя с добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), предоставляет ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране 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 Плательщик по договору со стороны Пациента оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.14. 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.

57. Стоимость услуг, порядок их оплаты и сроки оказания

2.49. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуг.

2.50. Оплата Плательщиком производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, на условиях 100 % авансового платежа на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

2.51. Учреждение производит отметку о стоимости услуги в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в медицинской карте стационарного больного, на руки Плательщику выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

2.52. Срок оказания услуг: в течение месяца с момента поступления денежных средств от Плательщика на лицевой счет либо в кассу Учреждения.

2.53. 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.

2.54. 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.

2.55. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках гарантий бесплатной медицинской помощи.

2.56. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Плательщика удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Плательщиком по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

58. Права и обязанности Учреждения

3.13. Учреждение имеет право:

- требовать от Пациента (законного представителя Пациента) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.);
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямых или косвенных образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- отказать Пациенту (законному представителю Пациента) в предоставлении медицинской услуги в случае невыполнения ими требований лечащего врача;
- получать от Пациента (законного представителя Пациента) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- 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 пациенту решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

3.14. Учреждение обязано:

- оказать услугу Пациенту согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинской помощи и предоставляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставить Пациенту (законному представителю Пациента) 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 порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (информация размещена на сайте в сети Интернет: <https://minksheb.ru>, информационные стенды/стойки).
- в отношении каждого Пациента вести требуемую медицинскую документацию;
- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя пациента), 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 Пациента (законного представителя Пациента);
- извещать Пациента (законного представителя пациента) 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;
- сохранить врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента в Учреждение;
- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья 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;
- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в случаях предусмотренных законодательством, листок нетрудоспособности (справку о временной нетрудоспособности).

59. Права и обязанности Пациента (законного представителя Пациента)

4.13. Пациент (законный представитель Пациента) имеет право:

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Учреждении, 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 своего здоровья, 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;
 - получить у Учреждения медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагноза, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы и в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;
 - отказываться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при условии оплаты Учреждению фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Пациенту (законному представителю Пациента) возвращаются оплаченные денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг;
 - на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.
- #### 4.14. Пациент (законный представитель Пациента) обязан:
- прибыть для получения услуги в назначенное Учреждением время;
 - информировать врача Учреждения 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 вне Учреждения (при их наличии). Кроме того, Пациент обязуется не изымать из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и/или медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара 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 Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждение, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения;
 - обеспечить своевременную оплату стоимости 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 процедур, рекомендованных лечащим врачом Учреждения, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Учреждения, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств, трав, масел и прочего;
 - неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Учреждения в течение всего периода пребывания в Учреждении, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории Учреждения, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией в автомобиле Учреждения;

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

60. Права и обязанности Плательщика

- 60.2. Плательщик вправе затребовать медицинское заключение, являющееся подтверждением оказания медицинских услуг Пациенту.
- 60.3. Плательщик обязан своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг Пациенту.

61. Ответственность сторон.

5.25. В соответствии с законодательством Российской Федерации Учреждение несет ответственность перед Пациентом (законным представителем Пациента) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.26. Учреждение 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.

5.27. Учреждение не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) неполной информации о своем здоровье в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения правил внутреннего распорядка Учреждения, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Учреждением обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента (законного представителя Пациента), в том числе при нарушении им медицинских предписаний.

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

62. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров

- 6.25. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.
- 6.26. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением, подписанным Сторонами.
- 6.27. Споры и разногласия решаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе путем переговоров, при необходимости с проведением независимой экспертизы.
- 6.28. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в случае несогласия сторон, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

63. Особые условия

7.61. Пациент (законный представитель Пациента), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинских организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Учреждения, с Перечнем предоставляемых Учреждением услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;

- уведомлен(а) о возможности получения соответствующих вида и объемов медицинской помощи 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(а) 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 Пациента.

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, 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, относящиеся к предмету договора;

- проинформирован(а), что сроки ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления медицинских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего медицинскую 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 Пациента, условий его жизнедеятельности, иных непротестируемых обстоятельств, в связи с чем Учреждение 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 Пациенту (законному представителю Пациента) полного выздоровления и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- согласен(а) на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационно-системе Учреждения: на официальном сайте Учреждения <https://mptkcheb.ru> или в мобильном приложении.

7.62. Пациент (законный представитель Пациента) информирован, что согласно п. 5 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.63. Пациенту (законному представителю Пациента) разъяснено, что платные медицинские услуги ему могут быть оказаны при его добровольном желании и письменном согласии, указанном в заявлении, которое является неотъемлемой частью Договора.

Примечание:

Пункты 8.2. и 8.3. применяются при условии, если медицинские услуги предусмотрены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.64. До заключения настоящего договора Учреждение в письменной форме уведомило Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за

Учреждение: Пациент (законный представитель):

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, ул. Павлова, д. 25
пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Адрес ЛДО г. Чебоксары (СЗР): 428025, Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. М. Павлова, д. 25
Банковские реквизиты:
Л/с 30156331560,
в УФРС по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФРС по Нижегородской области, г. Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

М.П. (подпись) (Ф.И.О.) (подпись) (Ф.И.О.)

Плательщик по договору со стороны Пациента

Фактически для отчества (при наличии)

Зарегистрирован(а) по адресу: документ, удостоверяющий личность, наименование, серия номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

Зарегистрирован(а) по адресу: документ, удостоверяющий личность, наименование, серия номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

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

Телефон: Адрес электронной почты (если имеется):

(подпись) (Ф.И.О.)

собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

7.65. Пациент (законный представитель Пациента) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенных на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.66. Подтверждением оказания медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Учреждением Пациенту (законному представителю Пациента).

7.67. Пациенту (законному представителю Пациента), по его желанию, могут быть оказаны дополнительные услуги немедического характера, оказываемые в Учреждении, стоимость которых устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуги. Пациент (законный представитель Пациента) либо Плательщик на стороне Пациента оплачивает эти услуги на условиях, указанных договором.

7.68. Пациент (законный представитель Пациента) и Плательщик согласны, что при подписании настоящего Договора и любых дополнительных соглашений к нему, Учреждение вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, предоставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.69. В случае отказа Пациента (законного представителя Пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Плательщик оплачивает Учреждению фактически понесенные Учреждением расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7.70. Пациент (законный представитель Пациента) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, дает свободно, своей волей и в своем интересе бесспорное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. Пациент (законный представитель Пациента) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, отзыв оформляется только в виде письменного заявления.

64. Прочие условия.

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

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

8.21. Настоящий договор составлен в 3 (трех) экземплярах, по одному для каждой из сторон.

65. Сведения об Учреждении

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.

Адрес ЛДО г. Чебоксары (СЗР): 428025, Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. М. Павлова, д. 25 (здание санатория «Чувашьякурорт»).

E-mail: info@mnikhebf.ru сайт в сети «Интернет» <https://mnikhebf.ru>

2.64. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Плательщика удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Плательщиком по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

68. Права и обязанности Учреждения

3.15. Учреждение имеет право:

- требовать от Пациента (законного представителя Пациента) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.);
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- отказать Пациенту (законному представителю Пациента) в предоставлении медицинской услуги в случае невыполнения ими требований лечащего врача;
- получать от Пациента (законного представителя Пациента) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- 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 пациенту решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

3.16. Учреждение обязано:

- оказывать услугу Пациенту согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинской помощи и предоставляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставлять Пациенту (законному представителю Пациента) 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 (профессиональное образование и квалификации); о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (информация размещена на сайте в сети Интернет: <https://minkecheb.ru>, информационных стендах/стойках);
- в отношении каждого Пациента вести требуемую медицинскую документацию;
- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя пациента), 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 Пациента (законного представителя Пациента);
- оказывать Пациенту (законного представителя пациента) о возможности 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;
- сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента в Учреждение;
- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья 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;

- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в случаях предусмотренных законодательством, листок нетрудоспособности (справку о временной нетрудоспособности).

69. Права и обязанности Пациента (законного представителя Пациента)

4.15. Пациент (законный представитель Пациента) имеет право:

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Учреждении, 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 своего здоровья, 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;
- получить у Учреждения медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья 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 и в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;
- отказать от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при условии оплаты Учреждению фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Пациенту (законному представителю Пациента) возвращаются оплаченные денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг;
- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

4.16. Пациент (законный представитель Пациента) обязан:

- прибыть для получения услуги в назначенное Учреждением время;
- информировать врача Учреждения 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 вне Учреждения (при их наличии). Кроме того, Пациент обязуется не изымать из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и/или медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара 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 Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждение, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения;
- обеспечить своевременную оплату стоимости 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 процедур, рекомендованных лечащим врачом Учреждения, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или

специалистами Учреждения, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств, трав, масел и прочего;

- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Учреждения в течение всего периода пребывания в Учреждении, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории Учреждения, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией в автомобиле Учреждения;
- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Учреждения.

70. Права и обязанности Плательщика

70.2. Плательщик вправе требовать медицинское заключение, являющееся подтверждением оказания медицинских услуг Пациенту.

70.3. Плательщик обязан своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг Пациенту.

71. Ответственность сторон.

5.29. В соответствии с законодательством Российской Федерации Учреждение несет ответственность перед Пациентом (законным представителем Пациента) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.30. Учреждение не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуг, 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.

5.31. Учреждение не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) неполной информации о своем здоровье в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями: в случаях, несоблюдения режима лечения правил внутреннего распорядка Учреждения, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Учреждением обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента (законного представителя Пациента), в том числе при нарушении им медицинских предписаний.

5.32. Учреждение не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, других факторов риска, а также в случаях оказания услуг в неполном либо меньшем объеме и/или несоблюдения запланированного результата и/или неэффективности лечения, возникших в результате несоблюдения Пациентом (законным представителем Пациента) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредоставления Пациентом (законным представителем Пациента) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямых или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Пациентом (законным представителем Пациента) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Учреждения.

72. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров

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

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

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

6.32. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в случае недостижения согласия сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

73. Особые условия

7.71. Пациент (законный представитель Пациента), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Учреждения, с Перечнем предоставляемых Учреждением услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;
- уведомлен(а) о возможности получения соответствующих вида и объемов медицинской помощи 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(а) 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 Пациента;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, 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 услуг, с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения, относящиеся к предмету договора;
- проинформирован(а), что сроки оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления медицинских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего медицинскую 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 неконтролируемых 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 Пациента, условий его жизнедеятельности, иных непереносимых обстоятельств, в связи с чем Учреждение 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 Пациенту (законному представителю Пациента) полного выздоровления и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- согласен(а) на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационном системе Учреждения: на официальном сайте Учреждения <https://mptkcheb.ru> или в мобильном приложении.
- 7.72. Пациент (законный представитель Пациента) информирован, что согласно п. 5 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- 7.73. Пациенту (законному представителю Пациента) разъяснено, что платные медицинские услуги ему могут быть оказаны при его добровольном желании и письменном согласии, указанном в заявлении, которое является неотъемлемой частью Договора.

Примечание:

Пункты 8.2. и 8.3. применяются при условии, если медицинские услуги предусмотрены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.74. До заключения настоящего договора Учреждение в письменной форме уведомило Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначения режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

7.75. Пациент (законный представитель Пациента) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенных на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.76. Подтверждением оказания медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Учреждением Пациенту (законному представителю Пациента).

7.77. Пациенту (законному представителю Пациента), по его желанию, могут быть оказаны дополнительные услуги немедического характера, оказываемые в Учреждении, стоимость которых устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуги. Пациент (законный представитель Пациента) либо Плательщик на стороне Пациента оплачивает эти услуги на условиях, указанных договором.

7.78. Пациент (законный представитель Пациента) и Плательщик согласны, что при подписании настоящего Договора и любых дополнительных соглашений к нему, Учреждение вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, предоставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.79. В случае отказа Пациента (законного представителя Пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Плательщик оплачивает Учреждению фактически понесенные Учреждением расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7.80. Пациент (законный представитель Пациента) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, дает свободно, своей волей и в своем интересе бесспорное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. Пациент (законный представитель Пациента) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, отзыв оформляется только в виде письменного заявления.

74. Прочие условия.

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

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

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

75. Сведения об Учреждении

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.

Адрес ЛЮ в г. Саранск: 430030, Республика Мордовия, г. Саранск, Исторический проезд, д. 6

E-mail: info@mntkcheb.ru сайт в сети «Интернет» <https://mntkcheb.ru>

Учреждение:

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

Адрес ЛЮ в г. Саранск: 430030, Республика

Мордовия, г. Саранск, Исторический проезд, д. 6

Банковские реквизиты:

Л/с 30156331560,

в УФК по Чувашской Республике

к/с 40102810945370000024

в ОДЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК

по Нижегородской области, г. Нижний

Новгород

р/сч 032146430000000013201

БИК 012202102

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

Плательщик по договору со стороны Пациента

Фамилия имя отчество (при наличии)

документ, удостоверяющий личность: паспорт/паспорт, 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 № 11
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «04» 04 2026г. № 94

ДОГОВОР № _____
(трехсторонний) на оказание платных медицинских услуг

г. Йошкар-Ола « ____ » ____ 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 «Учреждение», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № ЛО41-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бессрочно, в лице _____, Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

Положения о филиале и Доверенности _____, действующего(ей) на основании и граждан(ка) _____, с одной стороны,

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара № _____
Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан

Я, _____ (наименование, серия и номер документа)	выдан
_____ (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 законный представитель Пациента, _____ с другой стороны, _____ а также гражданин(ка) _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)	выдан
документ, удостоверяющий личность _____ (наименование, серия и номер документа)	
_____ (сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)	

именуемый(ая) в дальнейшем «Плательщик», с третьей стороны _____ при совместном наименовании «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

76. Предмет договора

1.17. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (перечень медицинских услуг указан на сайте Учреждения в сети Интернет: <https://mnikeb.ru>), на основании медицинских показаний, а также желания Пациента (законного представителя Пациента), Учреждение в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением

Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736, действуя с добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), предоставляет ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране 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 Плательщик по договору со стороны Пациента оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.18. 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)					

77. Стоимость услуг, порядок их оплаты и сроки оказания

2.65. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуг.

2.66. **ВЫБРАТЬ НУЖНЫЙ ВАРИАНТ**
ВАРИАНТ 1 – 100% предоплата:

Оплата Плательщиком производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, на условиях 100 % авансового платежа на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

ВАРИАНТ 2 – предоплата по частям:

Оплата Плательщиком производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), следующим образом: в размере _____ (_____) рублей на условиях авансового платежа с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, оставшая сумма в размере _____ (_____) рублей - до начала оказания услуг, на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

2.67. Учреждение производит отметку о стоимости услуги в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в медицинской карте стационарного больного, на руки Плательщику выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

2.68. Срок оказания услуг: в течение месяца с момента поступления денежных средств от Плательщика на лицевой счет либо в кассу Учреждения.

2.69. Пролонгация 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.

2.70. 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.

2.71. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при выявлении острых заболеваний, 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 гарантий бесплатной медицинской помощи.

2.72. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Плательщика удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Плательщиком по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

78. Права и обязанности Учреждения

3.17. Учреждение имеет право:

- требовать от Пациента (законного представителя Пациента) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.);
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- отказать Пациенту (законному представителю Пациента) в предоставлении медицинской услуги в случае невыполнения ими требований лечащего врача;
- получать от Пациента (законного представителя Пациента) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- 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 пациенту решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

3.18. Учреждение обязано:

- оказывать услугу Пациенту согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинской помощи и предъявляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставлять Пациенту (законному представителю Пациента) 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 (профессиональным образованиям, квалификации), о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (информация размещена на сайте в сети Интернет: <https://mpkcheb.gp.ru/pmkcheb/gp>, информационные стендах/стойках);
- в отношении каждого Пациента вести требуемую медицинскую документацию;
- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя пациента), 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 Пациента (законного представителя Пациента);
- извещать Пациента (законного представителя пациента) 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;
- сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента в Учреждение;
- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе,

методах лечения, об исползуемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;

- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в случаях предусмотренных законодательством, листок нетрудоспособности (справку о временной нетрудоспособности)

79. Права и обязанности Пациента (законного представителя Пациента)

4.17. Пациент (законный представитель Пациента) имеет право:

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Учреждении, 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 своего здоровья, 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;
- получить у Учреждения медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об исползуемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы и в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;
- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при условии оплаты Учреждению фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Пациенту (законному представителю Пациента) возвращаются оплаченные денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг;
- на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства;

4.18. Пациент (законный представитель Пациента) обязан:

- прибыть для получения услуги в назначенное Учреждением время;
- информировать врача Учреждения 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 вне Учреждения (при их наличии). Кроме того, Пациент обязуется не изымать из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и/или медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара 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 Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультаций и лечение в Учреждение, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения;
- обеспечить своевременную оплату стоимости 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 процедур, рекомендованных лечащим врачом Учреждения, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или

специалистами Учреждения, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств, трав, масел и прочего;

- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Учреждения в течение всего периода пребывания в Учреждении, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории Учреждения, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией в автомобиле Учреждения;
- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Учреждения.

80. Права и обязанности Плательщика

80.2. Плательщик вправе требовать медицинское заключение, являющееся подтверждением оказания медицинских услуг Пациенту.

80.3. Плательщик обязан своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг Пациенту.

81. Ответственность сторон.

5.33. В соответствии с законодательством Российской Федерации Учреждение несет ответственность перед Пациентом (законным представителем Пациента) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.34. Учреждение 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.

5.35. Учреждение не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором; в случаях предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) неполной информации о своем здоровье в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения правил внутреннего распорядка Учреждения, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Учреждением обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента (законного представителя Пациента), в том числе при нарушении им медицинских предписаний.

5.36. Учреждение не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, 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 Пациентом (законным представителем Пациента) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредоставления Пациентом (законным представителем Пациента) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Пациентом (законным представителем Пациента) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Учреждения.

82. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров

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

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

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

6.36. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в случае недостижения согласия сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

83. Общие условия

7.81. Пациент (законный представитель Пациента), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Учреждения, с Перечнем предоставляемых Учреждением услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;

- уведомлен(а) о возможности получения соответствующих вида и объемов медицинской помощи 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(а) 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 Пациента;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, 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 услуг с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения, относящиеся к предмету договора;

- проинформирован(а), что сроки оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления медицинских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего медицинскую 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 Пациента, условий его жизнедеятельности, иных непереносимых обстоятельств, в связи с чем Учреждение 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 Пациенту (законному представителю Пациента) полного выздоровления и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- согласен(а) на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Учреждения <https://mptkcheb.ru> или в мобильном приложении.

7.82. Пациент (законный представитель Пациента) информирован, что согласно п. 5 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.83. Пациенту (законному представителю Пациента) разъяснено, что платные медицинские услуги ему могут быть оказаны при его добровольном желании и письменном согласии, указанном в заявлении, которое является неотъемлемой частью Договора.

Примечание:

Пункты 8.2. и 8.3. применяются при условии, если медицинские услуги предусмотрены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.84. До заключения настоящего договора Учреждение в письменной форме уведомило Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначения режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

7.85. Пациент (законный представитель Пациента) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.86. Подтверждением оказания медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Учреждением Пациенту (законному представителю Пациента).

7.87. Пациенту (законному представителю Пациента), по его желанию, могут быть оказаны дополнительные услуги немедленного характера, оказываемые в Учреждении, стоимость которых устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуги. Пациент (законный представитель Пациента) либо Плательщик на стороне Пациента оплачивает эти услуги на условиях, указанных договором.

7.88. Пациент (законный представитель Пациента) и Плательщик согласны, что при подписании настоящего Договора и любых дополнительных соглашений к нему, Учреждение вправе использовать, аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, предоставляемый посредством клипсе с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.89. В случае отказа Пациента (законного представителя Пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Плательщик оплачивает Учреждению фактически понесенные Учреждением расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7.90. Пациент (законный представитель Пациента) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, дает свободно, своей волей и в своем интересе бесспорное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. Пациент (законный представитель Пациента) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, отзыв оформляется только в виде письменного заявления.

84. Прочие условия.

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

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

8.27. Настоящий договор составлен в 3 (трех) экземплярах, по одному для каждой из сторон.

85. Сведения об Учреждении

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.

Адрес ЛДО в г. Йошкар-Ола: 424000, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, Воскресенская набережная, д. 8

E-mail: info@mntkcheb.ru сайт в сети «Интернет» <https://mntkcheb.ru>

Учреждение: Пациент (законный представитель):

ОГН «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

Адрес ЛДО в г. Йошкар-Ола: 424000,

Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола,

Воскресенская набережная, д. 8

Банковские реквизиты:

Л/с 30156331560,

в УФК по Чувашской Республике

к/с 40102810945370000024

в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК

по Нижегородской области, г. Нижний

Новгород

р/сч 032146430000000013201

БИК 012202102

_____ (подпись)	_____ (Ф.И.О.)	_____ (подпись)	_____ (Ф.И.О.)
М.П.			
Плательщик по договору со стороны Пациента			
_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)			
Фамилия имя отчество (при наличии)			
_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)			
Зарегистрирован(а) по адресу: _____			
Проживающий по адресу: _____			
Телефон: _____			
Адрес электронной почты (если имеется): _____			
_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)			

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

ДОГОВОР № _____
(трехсторонний) на оказание платных медицинских услуг

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, являющееся на основании лицензии от 07.04.2020 № ЛО41-00110-дальнейшем «Учреждение», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № ЛО41-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент»

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

(Фамилия, имя, отчество (если имеется) кандидата – ребенка или недееспособного гражданина – полностью)

(число, месяц, год рождения)

(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)

(наименование, серия и номер документа)

(сведения о зате выплаты вознаграждения не являются ее основанием)

86. Предмет договора

1.19. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (перечень медицинских услуг указан на сайте Учреждения в сети Интернет: <https://mmlkcheb.ru>), на основании медицинских показаний, а также желания Пациента (законного представителя Пациента), Учреждение в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением

1.20. 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:					

(сумма прописью)

87. Стоимость услуг, порядок их оплаты и сроки оказания

2.74. ВЫБРАТЬ НУЖНЫЙ ВАРИАНТ

Оплата Плательщиком производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, на условиях 100 % авансового платежа на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналитном порядке, либо в кассу Учреждения.

Оплата Плательщиком производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), следующим образом: в размере _____ (_____) рублей на условиях авансового платежа с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, оставшая сумма в размере _____ (_____) рублей - до начала оказания услуг, на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

2.76. Срок оказания услуг: в течение месяца с момента поступления денежных средств от Плательщика на лицевой счет либо в кассу Учреждения.

2.78. 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.

2.79. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках государственной бесплатной медицинской помощи.

2.80. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Плательщика удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Плательщиком по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

88. Права и обязанности Учреждения

3.19. Учреждение имеет право:

- требовать от Пациента (законного представителя Пациента) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.);
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямых или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- отказать Пациенту (законному представителю Пациента) в предоставлении медицинской услуги в случае невыполнения ими требований лечащего врача;
- получать от Пациента (законного представителя Пациента) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- 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 пациенту решению врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

3.20. Учреждение обязано:

- оказать услугу Пациенту согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинской помощи и предоставляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставлять Пациенту (законному представителю Пациента) бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работников, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональное образование и квалификации); о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (информация размещена на сайте в сети Интернет: <https://minkhebf.ru>, информационный стенда/стойка);
- в отношении каждого Пациента вести требуемую медицинскую документацию;
- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя пациента), 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 Пациента (законного представителя Пациента);
- извещать Пациента (законного представителя пациента) 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;
- сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента в Учреждение;
- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагноза,

методах лечения, об исползуемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без визаия дополнителной платы;

- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в случаях предусмотренных законодательством, листок нетрудоспособности (справку о временной нетрудоспособности)

89. Права и обязанности Пациента (законного представителя Пациента)

4.19. Пациент (законный представитель Пациента) имеет право:

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Учреждении, 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 своего здоровья, 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;
 - получить у Учреждения медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об исползуемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без визаия дополнителной платы и в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;
 - отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при условии оплаты Учреждению фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Пациенту (законному представителю Пациента) возвращаются оплаченные денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг;
 - на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.
- ##### 4.20. Пациент (законный представитель Пациента) обязан:
- прибыть для получения услуги в назначенное Учреждением время;
 - информировать врача Учреждения 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 вне Учреждения (при их наличии). Кроме того, Пациент обязуется не изымать из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и/или медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара 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 Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждение, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения;
 - обеспечить своевременную оплату стоимости 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 процедур, рекомендованных лечащим врачом Учреждения, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или

специалистами Учреждения, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств, трав, масел и прочего;

- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Учреждения в течение всего периода пребывания в Учреждении, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории Учреждения, а также в случае оказания медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией в автомобиле Учреждения;
- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Учреждения.

90. Права и обязанности Плательщика

90.2. Плательщик вправе требовать медицинское заключение, являющееся подтверждением оказания медицинских услуг Пациенту.

90.3. Плательщик обязан своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг Пациенту.

91. Ответственность сторон.

5.37. В соответствии с законодательством Российской Федерации Учреждение несет ответственность перед Пациентом (законным представителем Пациента) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.38. Учреждение не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуг, 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.

5.39. Учреждение не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) неполной информации о своем здоровье в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения правил внутреннего распорядка Учреждения, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности, в случае, невозможности исполнения Учреждением обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента (законного представителя Пациента), в том числе при нарушении им медицинских предписаний.

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

92. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров

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

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

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

6.40. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в случае недостижения согласия сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

93. Особые условия

7.91. Пациент (законный представитель Пациента), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Учреждения, с Перечнем предоставляемых Учреждением услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;
- уведомлен(а) о возможности получения соответствующих вида и объемов медицинской помощи 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(а) 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 Пациента;
- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, 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 профессиональное образование и квалификация); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; предоставляемых услуг с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения, относящиеся к предмету договора;
- проинформирован(а), что сроки оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления медицинских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего медицинскую 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 Пациента, условий его жизнедеятельности, иных непереносимых обстоятельств, в связи с чем Учреждение даже при надлежащем выполнении своих обязательств по договору, правильном исполнении установленных норм и правил, современных технологий и достижений медицинской науки, по объективным причинам не может гарантировать Пациенту (законному представителю Пациента) полного выздоровления и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;
- согласен(а) на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Учреждения <https://mptkcheb.ru> или в мобильном приложении.

7.92. Пациент (законный представитель Пациента) информирован, что согласно п. 5 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги на их условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.93. Пациенту (законному представителю Пациента) разъяснено, что платные медицинские услуги ему могут быть оказаны при его добровольном желании и письменном согласии, указанном в заявлении, которое является неотъемлемой частью Договора.

Примечание:

Пункты 8.2. и 8.3. применяются при условии, если медицинские услуги предусмотрены Программой государственного гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.94. До заключения настоящего договора Учреждение в письменной форме уведомило Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (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 Пациента.

7.95. Пациент (законный представитель Пациента) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенных на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.96. Подтверждением оказания медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Учреждением Пациенту (законному представителю Пациента).

7.97. Пациенту (законному представителю Пациента), по его желанию, могут быть оказаны дополнительные услуги немедленного характера, оказываемые в Учреждении, стоимость которых устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуги. Пациент (законный представитель Пациента) либо Плательщик на стороне Пациента оплачивает эти услуги на условиях, указанных договором.

7.98. Пациент (законный представитель Пациента) и Плательщик согласны, что при подписании настоящего Договора и любых дополнительных соглашений к нему, Учреждение вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, предоставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.99. В случае отказа Пациента (законного представителя Пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Плательщик оплачивает Учреждению фактически понесенные Учреждением расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7.100. Пациент (законный представитель Пациента) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, дает свободно, своей волей и в своем интересе бессрочное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. Пациент (законный представитель Пациента) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, отзыв оформляется только в виде письменного заявления.

94. Прочие условия.

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

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

8.30. Настоящий договор составлен в 3 (трех) экземплярах равною силу экземплярах, по одному для каждой из сторон.

95. Сведения об Учреждении

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 6-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.

Адрес ЛДО в г. Нижний Новгород: 603006, Нижегородская область, г. Нижний Новгород, пл. Свободы, д. 6 пом. ПП.

E-mail: info@mntkcheb.ru сайт в сети «Интернет» <https://mntkcheb.ru>

Пациент (законный представитель):

ФГАОУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»

им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

Чебоксарский филиал ФГАОУ «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

Адрес ЛДО в г. Нижний Новгород: 603006,

Нижегородская область, г. Нижний Новгород,

пл. Свободы, д. 6 пом. ПП.

Банковские реквизиты:

Л/с 30156231560,

в УФК по Чувашской Республике

к/с 40102810945370000024

в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК

по Нижегородской области, г. Нижний

Новгород

р/сч 032146430000000013201

БИК 012202102

_____ (подпись)	_____ (Ф.И.О.)	_____ (подпись)	_____ (Ф.И.О.)
Плательщик по договору со стороны Пациента			
_____ (подпись)			
Фамилия имя отчество (при наличии)			
_____ (подпись)			
документ, удостоверяющий личность: наименование, серия номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе			
Зарегистрирован(а) по адресу: _____			
Проживающий по адресу: _____			
Адрес электронной почты (если имеется): _____			
Телефон: _____			
_____ (подпись)			
_____ (Ф.И.О.)			

услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.);

- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямых или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- отказывать Пациенту (законному представителю Пациента) в предоставлении медицинской услуги в случае невыполнения ими требований лечащего врача;
- получать от Пациента (законного представителя Пациента) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- 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 пациенту решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

3.2.2. **Учреждение обязано:**

- оказывать услугу Пациенту согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинской помощи и предоставляемых к медицинским услугам соответствующего вида;
- предоставить Пациенту (законному представителю Пациента) бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работников, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональном образовании и квалификации); о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (информация размещена на сайте в сети Интернет: <https://minkseleb.ru>, информационные стенды/стойки);
- в отношении каждого Пациента вести требуемую медицинскую документацию;
- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), 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 Пациента (законного представителя Пациента);
- извещать Пациента (законного представителя Пациента) 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;
- сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента в Учреждение;
- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагноза, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;
- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в случаях предусмотренных законодательством, листок нетрудоспособности (справку о временной нетрудоспособности).

99. **Права и обязанности Пациента (законного представителя Пациента)**

4.21. **Пациент (законный представитель Пациента) имеет право:**

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Учреждении, 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 своего здоровья, 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;

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

- отказываться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при условии оплаты Учреждению фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Пациенту (законному представителю Пациента) возвращаются оплаченные денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг;

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

4.22. **Пациент (законный представитель Пациента) обязан:**

- прибыть для получения услуги в назначенное Учреждением время;
- информировать врача Учреждения 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 вне Учреждения (при их наличии). Кроме того, Пациент обязуется не изымать из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и/или медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара 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 Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждение, 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 процедур, рекомендованных лечащим врачом Учреждения, и после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Учреждения, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств, трав, масел и прочего;
- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенных на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Учреждения в течение всего периода пребывания в Учреждении, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории Учреждения, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией в автомобиле Учреждения;
- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Учреждения.

100. **Ответственность сторон.**

5.41. В соответствии с законодательством Российской Федерации Учреждение несет ответственность перед Пациентом (законным представителем Пациента) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.42. Учреждение 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.

5.43. Учреждение не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) неполной информации о своем здоровье в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения правил внутреннего распорядка Учреждения, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Учреждением обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента (законного представителя Пациента), в том числе при нарушении им медицинских предписаний.

5.44. Учреждение не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, 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 Пациентом (законным представителем Пациента) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредоставления Пациентом (законным представителем Пациента) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Пациентом (законным представителем Пациента) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Учреждения.

101. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров

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

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

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

6.44. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в случае недостижения согласия сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

102. Особые условия

7.101. Пациент (законный представитель Пациента), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденным Правительством Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736;

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

- уведомлен(а) о возможности получения соответствующих вида и объемов медицинской помощи 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(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначения режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья Пациента;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при

наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, 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 профессиональное образование и квалификация); 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, относящиеся к предмету договора;

- проинформирован(а), что сроки оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления медицинских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего медицинскую 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 Пациента, условий его жизнедеятельности, иных непрогнозируемых обстоятельств, в связи с чем Учреждение 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 Пациенту (законному представителю Пациента) полного выздоровления и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- согласен(а) на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Учреждения <https://mniksheb.ru> или в мобильном приложении.

7.102. Пациент (законный представитель Пациента) информирован, что согласно п. 5 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.103. Пациенту (законному представителю Пациента) разъяснено, что платные медицинские услуги ему могут быть оказаны при его добровольном желании и письменном согласии, указанном в заявлении, которое является неотъемлемой частью Договора.

Примечание:

Пункты 7.2. и 7.3. применяются при условии, если медицинские услуги предусмотрены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.104. До заключения настоящего договора Учреждение в письменной форме уведомило Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (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 Пациента.

7.105. Пациент (законный представитель Пациента) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенных на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.106. Подтверждением оказания медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Учреждением Пациенту (законному представителю Пациента).

7.107. Пациенту (законному представителю Пациента), по его желанию, могут быть оказаны дополнительные услуги немедического характера, оказываемые в Учреждении, стоимость которых устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуги. Пациент оплачивает эти услуги на условиях договора.

7.108. Пациент (законный представитель Пациента) согласен, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Учреждение вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, предоставляемый посредником клинше с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.109. В случае отказа Пациента (законного представителя Пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Пациент оплачивает Учреждению фактически понесенные Учреждением расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7.110. Пациент (законный представитель Пациента) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, дает свободно, своей волей и в своем интересе бесспорное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. Пациент (законный представитель Пациента) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, отзыв оформляется только в виде письменного заявления.

7.111. При заключении настоящего договора законный представитель Пациента осознает свою дополнительную ответственность по обязательствам несовершеннолетнего Пациента в возрасте от 14 до 18 лет, возникшим на основе заключенного им договора на оказание платных медицинских услуг.

103. Прочие условия.

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

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

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

104. Сведения об Учреждении

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 сайт в сети «Интернет» <https://mntkcheb.ru>

Учреждение:

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

Пациент (с согласия законного представителя):

Фамилия имя отчество (при наличии)

документ, удостоверяющий личность: паспорт, серия номер

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

Зарегистрирован(а) по адресу:

Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10 ОГРН 1027739714606 ИНН 7713059497 КПП 213002001 Банковские реквизиты: Л/с 30156331560, в УФК по Чувашской Республике к/с 40102810945370000024 в ОКЦ № 1 ВБГУ Банка России/УФК по Нижегородской области, г Нижний Новгород р/сч 032146430000000013201 БИК 012202102

Зарегистрирован(а) по адресу:

указать адрес регистрации

Проживающий по адресу:

указать адрес проживания

телефон

адрес электронной почты (если имеется)

(подпись)

(Ф.И.О. пациента)

На заключение договора согласен(на)

(подпись законного представителя)
(Ф.И.О. законного представителя)

Приложение № 14
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «04» 04 2026г. № 94

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
с согласия законного представителя несовершеннолетнего лица

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 «Учреждение», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № ЛО41-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бесспорно, 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 гражданина(ка) _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____ Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара № _____ именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны с согласия законного представителя Пациента - гражданина(ки) _____

документ, удостоверяющий личность _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя - полностью) _____ (идентификация, серия и номер документа) _____ выдан _____ (сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

при совместном наименовании «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

105. Предмет договора

1.23. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (перечень медицинских услуг указан на сайте Учреждения в сети Интернет: <https://mnikcheb.ru>), на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Пациента законного представителя Пациента, Учреждение в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736, действует с добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), предоставляет ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране 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 Пациент (законный представитель пациента) оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.24. 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.

106. Стоимость услуг, порядок их оплаты и сроки оказания

2.89. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуг.

2.90. Оплата производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, на условиях 100 % авансового платежа на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

2.91. Учреждение производит отметку о стоимости услуги в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, на руки Пациенту (законному представителю Пациента) выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

2.92. Срок оказания услуг: в течение месяца с момента поступления денежных средств от Пациента (законного представителя Пациента) на лицевой счет либо в кассу Учреждения.

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

2.94. 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.

2.95. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы 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.

2.96. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Пациента (законного представителя Пациента) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Пациентом (законным представителем Пациента) по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

107. Права и обязанности Учреждения

3.23. Учреждение имеет право:

- требовать от Пациента (законного представителя Пациента) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.);
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямых или косвенных образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
- отказывать Пациенту (законному представителю Пациента) в предоставлении медицинской услуги в случае невыполнения ими требований лечащего врача;
- получать от Пациента (законного представителя Пациента) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

- получить у Учреждения медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья 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 и в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;
 - отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при условии оплаты Учреждению фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Пациенту (законному представителю Пациента) возвращаются оплаченные денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг;
 - на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.
- 4.24. Пациент (законный представитель Пациента) обязан:**
- прибыть для получения услуги в назначенное Учреждением время;
 - информировать врача Учреждения 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 вне Учреждения (при их наличии). Кроме того, Пациент обязуется не изымать из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара 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 Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждение, 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 процедур, рекомендованных лечащим врачом Учреждения, после выписки на амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Учреждения, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств, трав, масел и прочего;
 - неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Учреждения в течение всего периода пребывания в Учреждении, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории Учреждения, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией в автомобиле Учреждения; - возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Учреждения.

109. Ответственность сторон.

- 5.45. В соответствии с законодательством Российской Федерации Учреждение несет ответственность перед Пациентом (законным представителем Пациента) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.
- 5.46. Учреждение 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

- безоплатно 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 пациенту решению врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.
- 3.24. Учреждение обязано:**
- оказывать услугу Пациенту согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинской помощи и предоставляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
 - предоставить Пациенту (законному представителю Пациента) 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 порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (информация размещена на сайте в сети Интернет: <https://pmkcheb.ru>, информационные стенды/стойки);
 - в отношении каждого Пациента вести требуемую медицинскую документацию;
 - предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя пациента), 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 Пациента (законного представителя Пациента);
 - извещать Пациента (законного представителя пациента) 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;
 - сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента в Учреждение;
 - выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента, методы лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;
 - выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в случаях предусмотренных законодательством, листок нетрудоспособности (справку о временной нетрудоспособности).
- 108. Права и обязанности Пациента (законного представителя Пациента)**
- 4.23. Пациент (законный представитель Пациента) имеет право:**
- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Учреждении, 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 получать информацию о состоянии своего здоровья, 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;

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

5.47 Учреждение не несет ответственности за оказание услуг в полном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) неполной информации о своем здоровье в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения правил внутреннего распорядка Учреждения, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Учреждением обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента (законного представителя Пациента), в том числе при нарушении им медицинских предписаний.

5.48 Учреждение не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, 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 Пациентом (законным представителем Пациента) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. представления Пациентом (законным представителем Пациента) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения, неисполнения Пациентом (законным представителем Пациента) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Учреждения.

110. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров

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

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

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

6.48. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в случае недостижения согласия сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

111. Особые условия

7.112. Пациент (законный представитель Пациента), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Учреждения, с Перечнем предоставляемых Учреждением услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;
- уведомлен(а) о возможности получения соответствующих вида и объемов медицинской помощи 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(а) 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 Пациента;
- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, 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, относящиеся к предмету договора;

- проинформирован(а), что сроки оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, установленной Программой государственных гарантий с программой оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления медицинских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего медицинскую 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 неконтролируемых 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 Пациента, условий его жизнедеятельности, иных непереносимых обстоятельств, в связи с чем Учреждение 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 Пациенту (законному представителю Пациента) полного выздоровления и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- согласен(а) на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Учреждения <https://tmf.kcheb.ru> или в мобильном приложении.

7.113. Пациент (законный представитель Пациента) информирован, что согласно п. 5 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.114. Пациенту (законному представителю Пациента) разъяснено, что платные медицинские услуги ему могут быть оказаны при его добровольном желании и письменном согласии, указанном в заявлении, которое является неотъемлемой частью Договора.

Примечание:

Пункты 7.2. и 7.3. применяются при условии, если медицинские услуги предусмотрены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.115. До заключения настоящего договора Учреждение в письменной форме уведомило Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (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 Пациента.

7.116. Пациент (законный представитель Пациента) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенных на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.117. Подтверждением оказания медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Учреждением Пациенту (законному представителю Пациента).

7.118. Пациенту (законному представителю Пациента), по его желанию, могут быть оказаны дополнительные услуги немедического характера, оказываемые в Учреждении, стоимость которых устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуги. Пациент оплачивает эти услуги на условиях договора.

7.119. Пациент (законный представитель Пациента) согласен, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Учреждение вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, предоставляемый посредством клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами

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

7.120. В случае отказа Пациента (законного представителя Пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Пациент оплачивает Учреждению фактически понесенные Учреждением расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7.121. Пациент (законный представитель Пациента) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, дает свободно, своей волей и в своем интересе бесспорное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. Пациент (законный представитель Пациента) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, отзыв оформляется только в виде письменного заявления.

7.122. При заключении настоящего договора законный представитель Пациента осознает свою дополнительную ответственность по обязательствам несовершеннолетнего Пациента в возрасте от 14 до 18 лет, возникшим на основе заключенного им договора на оказание платных медицинских услуг.

112. Прочие условия.

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

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

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

113. Сведения об Учреждении

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 6-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.

Адрес ЛДО г. Чебоксары (СЗР): 428025, Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. М. Павлова, д. 25 (здание санатория «Чувашиякурорт»).

E-mail: info@mntkcheb.ru сайт в сети «Интернет» <https://mntkcheb.ru>

Учреждение:

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

Адрес ЛДО г. Чебоксары (СЗР): 428025,

Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. М.

Павлова, д. 25

ОГРН 1027739714606

ИНН 7713059497 КПП 213002001

Банковские реквизиты:

Л/с 30156331560,

в УФК по Чувашской Республике

к/с 40102810945370000024

в ОЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК

по Нижегородской области, г Нижний

Новгород

р/сч 032146430000000013201

БИК 012202102

Законный представитель

Фамилия имя отчество (при наличии)

документ, удостоверяющий личность, наименование, серия номер

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

Зарегистрирован(а) по адресу:

указать адрес регистрации

Проживающий по адресу:

указать адрес проживания

телефон

адрес электронной почты (если имеется)

(подпись пациента)

(Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.

(Ф.И.О. пациента)

На заключение договора согласен(на)

(подпись законного представителя)

(Ф.И.О. законного представителя)

Приложение № 15
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04 2026г. № 24

ДОГОВОР № _____ **на оказание платных медицинских услуг** **с согласия законного представителя несовершеннолетнего лица**

г. Саранск

« ____ » _____ 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 «Учреждение», 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

Положения о филиале и Доверенности _____, действующего(ей) на основании _____, с одной стороны,

и гражданина(ка) _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____ Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара № _____ именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны

с согласия законного представителя Пациента - _____ (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)

при совместном наименовании «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

114. Предмет договора

1.25. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (перечень медицинских услуг указан на сайте Учреждения в сети Интернет: <https://mptkcheb.ru>), на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Пациента (законного представителя Пациента), Учреждение в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736, действуя с добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), предоставляет ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране 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 Пациент (законный представитель пациента) оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.26. 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.

115. Стоимость услуг, порядок их оплаты и сроки оказания

2.97. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуг.

2.98. ВЫБРАТЬ НУЖНЫЙ ВАРИАНТ

ВАРИАНТ 1 – 100% предоплата:

Оплата производится, согласно Пациента (законного представителя Пациента), с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, на условиях 100 % авансового платежа на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

ВАРИАНТ 2 – предоплата по частям:

Оплата производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), следующим образом: в размере _____ (_____) рублей на условиях авансового платежа с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, оставшая сумма в размере _____ (_____) рублей - до начала оказания услуг, на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

2.99. Учреждение производит отметку о стоимости услуги в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, на руки Пациенту (законному представителю Пациента) выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

2.100. Срок оказания услуг: в течение месяца с момента поступления денежных средств от Пациента (законного представителя Пациента) на лицевой счет либо в кассу Учреждения.

2.101. Пролонгация 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.

2.102. 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.

2.103. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

2.104. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Пациента (законного представителя Пациента) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Пациентом (законным представителем Пациента) по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

116. Права и обязанности Учреждения

3.25. Учреждение имеет право:

- требовать от Пациента (законного представителя Пациента) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление

услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.);

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

- отказывать Пациенту (законному представителю Пациента) в предоставлении медицинской услуги в случае невыполнения ими требований лечащего врача;

- получать от Пациента (законного представителя Пациента) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

- 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 пациенту решение врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

3.26. Учреждение обязано:

- оказывать услугу Пациенту согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинской помощи и предоставляемых к медицинским услугам соответствующего вида;

- предоставлять Пациенту (законному представителю Пациента) бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работников, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональном образовании и квалификации); о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (информация размещена на сайте в сети Интернет: <https://minkobd.ru>, информационный портал/стойка);

- в отношении каждого Пациента вести требуемую медицинскую документацию;
- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя пациента), 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 Пациента (законного представителя Пациента);

- извещать Пациента (законного представителя пациента) 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;

- сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента в Учреждение;

- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья 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 внимания дополнительной платы;

- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в случаях предусмотренных законодательством, листок нетрудоспособности (справку о временной нетрудоспособности).

117. Права и обязанности Пациента (законного представителя Пациента)

4.25. Пациент (законный представитель Пациента) имеет право:

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Учреждении, о наличии лицензий и информации о предоставляемых медицинских услугах, информацию 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 получать информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;

- получать у Учреждения медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья 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 и в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;

- отказываться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при условии оплаты Учреждением фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Пациенту (законному представителю Пациента) возвращаются оплаченные денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг;

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

4.26. Пациент (законный представитель Пациента) обязан:

- прибыть для получения услуги в назначенное Учреждением время;

- информировать врача Учреждения об оказании 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 напавших на лечение, предоставить данные предыдущих исследований и консультаций специалистов, проведенных вне Учреждения (при их наличии). Кроме того, Пациент обязуется не изымать из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях и/или медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара 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 Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждении, 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 процедур, рекомендованных лечащим врачом Учреждения, и после выписки из амбулаторного дооплачивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Учреждения, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств, трав, масел и прочего;

- неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Учреждения в течение всего периода пребывания в Учреждении, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и во всей территории Учреждения, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией в автомобиле Учреждения;
- возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Учреждения.

118. Ответственность сторон.

5.49. В соответствии с законодательством Российской Федерации Учреждение несет ответственность перед Пациентом (законным представителем Пациента) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.50. Учреждение 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.

5.51. Учреждение не несет ответственности за оказание услуг в полном или меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) неполной информации о своем здоровье в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения правил внутреннего распорядка Учреждения, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Учреждением обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента (законного представителя Пациента), в том числе при нарушении им медицинских предписаний.

5.52. Учреждение не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, других факторов риска, а также в случаях оказания услуг в полном или меньшем объеме и/или недостижения запланированного результата и/или неэффективности лечения, возникших в результате: несоблюдения Пациентом (законным представителем Пациента) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредоставления Пациентом (законным представителем Пациента) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямых или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Пациентом (законным представителем Пациента) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Учреждения.

119. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров

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

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

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

6.52. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в случае недостижения согласия сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

120. Особые условия

7.123 Пациент (законный представитель Пациента), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736;

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

- уведомлен(а) о возможности получения соответствующих вида и объемов медицинской помощи 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(а) 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 Пациента;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при

наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, 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 услуги; другие сведения, относящиеся к предмету договора;

- проинформирован(а), что сроки оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления медицинских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего медицинскую 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 Пациента, условий его жизнедеятельности, иных непротестируемых обстоятельств, в связи с чем Учреждение 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 Пациенту (законному представителю Пациента) полного выздоровления и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- согласен(а) на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Учреждения <https://mtbkshef.ru> или в мобильном приложении.

7.124. Пациент (законный представитель Пациента) информирован, что согласно п. 5 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.125. Пациенту (законному представителю Пациента) разъяснено, что платные медицинские услуги ему могут быть оказаны при его добровольном желании и письменном согласии, указанном в заявлении, которое является неотъемлемой частью Договора.

Примечание:

Пункты 7.2. и 7.3. применяются при условии, если медицинские услуги предусмотрены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.126. До заключения настоящего договора Учреждение в письменной форме уведомило Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (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 Пациента.

7.127. Пациент (законный представитель Пациента) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенных на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.128. Подтверждением оказания медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Учреждением Пациенту (законному представителю Пациента).

7.129. Пациенту (законному представителю Пациента), по его желанию, могут быть оказаны дополнительные услуги немедленного характера, оказываемые в Учреждении, стоимость которых устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуги. Пациент оплачивает эти услуги на условиях договора.

7.130. Пациент (законный представитель Пациента) согласен, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Учреждение вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора, предоставляемый посредником клише с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.131. В случае отказа Пациента (законного представителя Пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Пациент оплачивает Учреждению фактически понесенные Учреждением расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7.132. Пациент (законный представитель Пациента) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, дает свободно, своей волей и в своем интересе бесспорное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. Пациент (законный представитель Пациента) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, отзыв оформляется только в виде письменного заявления.

7.133. При заключении настоящего договора законный представитель Пациента осознает свою дополнительную ответственность по обязательствам несовершеннолетнего Пациента в возрасте от 14 до 18 лет, возникшим на основе заключенного им договора на оказание платных медицинских услуг.

121. Прочие условия.

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

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

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

122. Сведения об Учреждении

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технологический 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 6-й, 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-технологический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Адрес филиала: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10.

Адрес ЛДО в г. Саранск: 430030, Республика Мордовия, г. Саранск, Исторический проезд, д. 6

E-mail: info@mntkcheb.ru сайт в сети «Интернет» <https://mntkcheb.ru>

Учреждение:

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

Пациент (с согласия законного представителя):

Фамилия имя отчество (при наличии)

документ, удостоверяющий личность, наименование, серия номер

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

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

Адрес ЛДО в г. Саранск: 430030, Республика

Мордовия, г. Саранск, Исторический проезд, д. 6

Банковские реквизиты:

Л/с 30156331560,

в УФК по Чувашской Республике

к/с 40102810945370000024

в ОНЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК

по Нижегородской области, г. Нижний

Новгород

р/сч 03214643000000013201

БИК 012202102

Зарегистрирован(а) по адресу:

указать адрес регистрации

Проживающий по адресу:

указать адрес проживания

телефон

адрес электронной почты (если имеется)

Законный представитель

Фамилия имя отчество (при наличии)

документ, удостоверяющий личность, наименование, серия номер

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

Зарегистрирован(а) по адресу:

указать адрес регистрации

Проживающий по адресу:

указать адрес проживания

телефон

адрес электронной почты (если имеется)

(подпись пациента)

(Ф.И.О. пациента)

На заключение договора согласен(на)

(подпись законного

представителя)

(Ф.И.О. законного представителя)

Приложение № 16
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «28» 09 2026г. № 94

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
с согласия законного представителя несовершеннолетнего лица

г. Йошкар-Ола « ____ » _____ 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 «Учреждение», 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 № _____ Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара № _____ именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны _____ с согласия законного представителя Пациента - _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя - полностью)

документ, удостоверяющий личность _____ Выдан _____ (паспортные, серия и номер документа)

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

при совместном наименовании «Сторонны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

123. Предмет договора

1.27. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (перечень медицинских услуг указан на сайте Учреждения в сети Интернет: <https://mntrkcheb.ru>), на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Пациента (законного представителя Пациента), Учреждение в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736, действуя с добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), предоставляет ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране 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 Пациент (законный представитель пациента) оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.28. 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.

124. Стоимость услуг, порядок их оплаты и сроки оказания

2.105 Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуг.

2.106 ВЫБРАТЬ НУЖНЫЙ ВАРИАНТ

ВАРИАНТ 1 – 100% предоплата:

Оплата производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, на условиях 100 % авансового платежа на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

ВАРИАНТ 2 – предоплата по частям:

Оплата производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), следующим образом: в размере _____ (_____) рублей на условиях авансового платежа с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, оставшая сумма в размере _____ (_____) рублей - до начала оказания услуг, на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

2.107. Учреждение производит отметку о стоимости услуги в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, на руки Пациенту (законному представителю Пациента) выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

2.108. Срок оказания услуг - в течение месяца с момента поступления денежных средств от Пациента (законного представителя Пациента) на лицевой счет либо в кассу Учреждения.

2.109. Пролонгация 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.

2.110. 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.

2.111. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы 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.

2.112. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Пациента (законного представителя Пациента) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Пациентом (законным представителем Пациента) по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

125. Права и обязанности Учреждения

3.27. Учреждение имеет право:

- требовать от Пациента (законного представителя Пациента) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление

- 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 своего здоровья, 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;
 - получить у Учреждения медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья 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 и в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;
 - отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при условии оплаты Учреждению фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Пациенту (законному представителю Пациента) возвращаются оплаченные денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг;
 - на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.
- 4.28. Пациент (законный представитель Пациента) обязан:**
- прибыть для получения услуги в назначенное Учреждением время;
 - информировать врача Учреждения 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 вне Учреждения (при их наличии). Кроме того, Пациент обязуется не изымать из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и/или медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара 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 Учреждения, в том числе назначения режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждение, 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 процедур, рекомендованных лечащим врачом Учреждения, и после выписки из амбулаторного долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Учреждения, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств, трав, масел и прочего;
 - неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Учреждения в течение всего периода пребывания в Учреждении, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила дорожного движения на территории и вблизи территории Учреждения, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией в автомобиле Учреждения;
 - возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Учреждения.

12.7. Ответственность сторон.

- услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.);
- на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямых или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения;
 - отказать Пациенту (законному представителю Пациента) в предоставлении медицинской услуги в случае невыполнения им требований лечащего врача;
 - получать от Пациента (законного представителя Пациента) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
 - 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 пациенту решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.
- 3.28. Учреждение обязано:**
- оказывать услугу Пациенту согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинской помощи и предоставляемым к медицинским услугам соответствующего вида;
 - предоставлять Пациенту (законному представителю Пациента) 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 (профессиональное образование и квалификация), о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (информация размещена на сайте в сети Интернет: <https://mipkfebf.ru>, информационных стендах/стойках);
 - в отношении каждого Пациента вести требуемую медицинскую документацию;
 - предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя пациента), 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 Пациента (законного представителя Пациента);
 - извещать Пациента (законного представителя пациента) 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;
 - сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента в Учреждение;
 - выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья 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;
 - выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в случаях предусмотренных законодательством, листок нетрудоспособности (справку о временной нетрудоспособности).
- 12.6. Права и обязанности Пациента (законного представителя Пациента)**
- 4.27. Пациент (законный представитель Пациента) имеет право:**
- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Учреждении, о наличии лицензии и информации о предоставляемых медицинских услугах, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;

5.53. В соответствии с законодательством Российской Федерации Учреждение несет ответственность перед Пациентом (законным представителем Пациента) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.54. Учреждение 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.

5.55. Учреждение не несет ответственности за оказание услуг в полном или меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) неполной информации о своем здоровье в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения правил внутреннего распорядка Учреждения, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Учреждением обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента (законного представителя Пациента), в том числе при нарушении им медицинских предписаний.

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

128. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров

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

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

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

6.56. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в случае недостижения согласия сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

129. Особые условия

7.134. Пациент (законный представитель Пациента), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736;

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

- уведомлен(а) о возможности получения соответствующих вида и объемов медицинской помощи 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(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначения режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья Пациента;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при

наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, 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, относящиеся к предмету договора.

- проинформирован(а), что сроки оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления медицинских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего медицинскую услугу, диагноза, возраста пациента, времени для подготовки к медицинскому 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 неконтролируемых 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 Пациента, условий его жизнедеятельности, иных непрогнозируемых обстоятельств, в связи с чем Учреждение 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 Пациенту (законному представителю Пациента) полного выздоровления и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- согласен(а) на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Учреждения <https://mptkcheb.ru> или в мобильном приложении.

7.135. Пациент (законный представитель Пациента) информирован, что согласно п. 5 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.136. Пациенту (законному представителю Пациента) разъяснено, что платные медицинские услуги ему могут быть оказаны при его добровольном желании и письменном согласии, указанном в заявлении, которое является неотъемлемой частью Договора.

Примечание:

Пункты 7.2. и 7.3. применяются при условии, если медицинские услуги предоставляются Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.137. До заключения настоящего договора Учреждение в письменной форме уведомили Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (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 Пациента.

7.138. Пациент (законный представитель Пациента) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенных на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.139. Подтверждением оказания медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Учреждением Пациенту (законному представителю Пациента).

Приложение № 17
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «04» 04 2026г. № 94

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
с согласия законного представителя несовершеннолетнего лица

г. Нижний Новгород

« ____ » ____ 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 «Учреждение», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № ЛО41-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом:

«МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (Филиал, л/м, отчество (если имеется) - полностью)
Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,
и гражданин(ка) _____

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____

Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара № _____

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны
с согласия законного представителя Пациента -
гражданина(ки) _____

документ, удостоверяющий личность _____

выдан _____

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

при совместном наименовании «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

132. Предмет договора

1.29. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (перечень медицинских услуг указан на сайте Учреждения в сети Интернет: <https://mnikheby.ru>), на основании медицинских показаний, а также собственного волеизъявления и желания Пациента (законного представителя Пациента), Учреждение в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736, действуя с добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), предоставляет ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране 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 Пациент (законный представитель пациента) оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.30. 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.

133. Стоимость услуг, порядок их оплаты и сроки оказания

2.113. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуг.

2.114. ВЫБРАТЬ НУЖНЫЙ ВАРИАНТ

ВАРИАНТ 1 – 100% предоплата:

Оплата производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, на условиях 100 % авансового платежа на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

ВАРИАНТ 2 – предоплата по частям:

Оплата производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), следующим образом: в размере _____ (_____) рублей на условиях авансового платежа с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, оставшая сумма в размере _____ (_____) рублей - до начала оказания услуг, на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

2.115. Учреждение производит отметку о стоимости услуги в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, на руки Пациенту (законному представителю Пациента) выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

2.116. Срок оказания услуг: в течение месяца с момента поступления денежных средств от Пациента (законного представителя Пациента) на лицевой счет либо в кассу Учреждения.

2.117. Продление срока, увеличения 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.

2.118. 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.

2.119. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках государственной бесплатной медицинской помощи.

2.120. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Пациента (законного представителя Пациента) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Пациентом (законным представителем Пациента) по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

134. Права и обязанности Учреждения

3.29. Учреждение имеет право:

- требовать от Пациента (законного представителя Пациента) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление

услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.);

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

- отказать Пациенту (законному представителю Пациента) в предоставлении медицинской услуги в случае невыполнения ими требований лечащего врача;

- получать от Пациента (законного представителя Пациента) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

- 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 пациенту решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

3.30. Учение обязано:

- оказывать услугу Пациенту согласно настоящему договору с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об оказании медицинской помощи и предоставляемых к медицинским услугам соответствующего вида;

- предоставлять Пациенту (законному представителю Пациента) бесплатную, доступную и достоверную информацию: о режиме работы; предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работников, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональное образование и квалификации); о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (информация размещена на сайте в сети Интернет: <https://minksehb.ru>, информационные стенды/стойки);

- в отношении каждого Пациента вести требуемую медицинскую документацию;

- предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя пациента), 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 Пациента (законного представителя Пациента);

- извещать Пациента (законного представителя пациента) 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;

- сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента в Учреждение;

- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, при наличии соответствующего письменного заявления, копии и выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагноза, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;

- выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в случаях предусмотренных законодательством, листок нетрудоспособности (справку о временной нетрудоспособности).

135. Права и обязанности Пациента (законного представителя Пациента)

4.29. Пациент (законный представитель Пациента) имеет право:

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Учреждении, 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 своего здоровья, 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;

- получить у Учреждения медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагноза, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы и в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;

- отказаться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при условии оплаты Учреждению фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Пациенту (законному представителю Пациента) возвращаются оплаченные денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг;

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

4.30. Пациент (законный представитель Пациента) обязан:

- прибыть для получения услуги в назначенное Учреждением время;

- информировать врача Учреждения 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, врачебные рекомендации и направления на лечение, предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне Учреждения (при их наличии). Кроме того, Пациент обязуется не изымать из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и/или медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара 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 Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждение, 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 процедур, рекомендованных лечащим врачом Учреждения, и после выписки на амбулаторное долечение, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Учреждения, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств, трав, масел и прочего;

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

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

136. Ответственность сторон.

5.57 В соответствии с законодательством Российской Федерации Учреждение несет ответственность перед Пациентом (законным представителем Пациента) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.58 Учреждение 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.

5.59 Учреждение не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) неполной информации о своем здоровье в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями; в случаях, несоблюдения режима лечения правил внутреннего распорядка Учреждения, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности; в случае, невозможности исполнения Учреждением обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента (законного представителя Пациента), в том числе при нарушении им медицинских предписаний.

5.60 Учреждение не несет ответственности в случаях осложнений или побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, 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 Пациентом (законным представителем Пациента) обязательств, предусмотренных п. 4.2. настоящего договора, в т.ч. непредоставления Пациентом (законным представителем Пациента) полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямых или косвенных образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Пациентом (законным представителем Пациента) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Учреждения.

137. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров

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

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

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

6.60 Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в случае недостижения согласия сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

138. Особые условия

7.145 Пациент (законный представитель Пациента), при подписании настоящего договора, подтверждает, что:

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736;
- ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Учреждения, с Перечнем предоставляемых Учреждением услуг, с условиями их предоставления, ценой, с действующими льготами для отдельных категорий граждан Российской Федерации;
- уведомлен(а) о возможности получения соответствующих вида и объемов медицинской помощи 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(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначения режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья Пациента;

- в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при

наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, 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 услуг с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; другие сведения, относящиеся к предмету договора;

- проинформирован(а), что сроки оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации; сроки оказания предоставления платных медицинских услуг зависят от вида и условий предоставления медицинских услуг, графика работы медицинского работника, оказывающего медицинскую 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 неконтролируемых 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 Пациента, условий его жизнедеятельности, иных негипотезируемых обстоятельств, в связи с чем Учреждение 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 Пациенту (законному представителю Пациента) полного выздоровления и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- согласен(а) на создание и использование своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Учреждения <https://mptkcheb.ru> или в мобильном приложении.

7.146 Пациент (законный представитель Пациента) информирован, что согласно п. 5 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.147 Пациенту (законному представителю Пациента) разъяснено, что платные медицинские услуги ему могут быть оказаны при его добровольном желании и письменном согласии, указанном в заявлении, которое является неотъемлемой частью Договора.

Примечание:

Пункты 7.2. и 7.3. применяются при условии, если медицинские услуги предусмотрены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.148 До заключения настоящего договора Учреждение в письменной форме уведомили Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (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 Пациента.

7.149 Пациент (законный представитель Пациента) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенных на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.150 Подтверждением оказания медицинских услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Учреждением Пациенту (законному представителю Пациента).

7.151. Пациенту (законному представителю Пациента), по его желанию, могут быть оказаны дополнительные услуги немедического характера, оказываемые в Учреждении, стоимость которых устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуги. Пациент оплачивает эти услуги на условиях договора.

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

7.153. В случае отказа Пациента (законного представителя Пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Пациент оплачивает Учреждению фактически понесенные Учреждением расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7.154. Пациент (законный представитель Пациента) в соответствии с действующим законодательством о защите персональных данных, дает свободно, своей волей и в своем интересе бесспорное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья и ведения медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов Пациент (законный представитель Пациента) в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, имеет право на отзыв своего согласия на передачу персональных данных, отзыв оформляется только в виде письменного заявления.

7.155. При заключении настоящего договора законный представитель Пациента осознает свою дополнительную ответственность по обязательствам несовершеннолетнего Пациента в возрасте от 14 до 18 лет, возникшим на основе заключенного им договора на оказание платных медицинских услуг.

139. Прочие условия.

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

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

8.45. Настоящий договор составлен в 3 (трех) имеющихся равную силу экземплярах, по одному для каждой из сторон.

140. Сведения об Учреждении

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.

Адрес ЛДЮ в г. Нижний Новгород: 603006, Нижегородская область, г. Нижний Новгород, пл. Свободы, д. 6 пом. ПП.

Е-mail: info@mnktcheb.ru сайт в сети «Интернет» <https://mnktcheb.ru>

Учреждение:

Пациент (с согласия законного представителя):

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

Фамилия имя отчество (при наличии)

документ, удостоверяющий личность, наименование, серия номер

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

Адрес ЛДЮ в г. Нижний Новгород: 603006,

Нижегородская область, г. Нижний Новгород,

пл. Свободы, д. 6 пом. ПП.

Банковские реквизиты:

Л/с 30156331560,

в УФК по Чувашской Республике

к/с 40102810945370000024

в ОЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК

по Нижегородской области, г. Нижний

Новгород

р/сч 032146430000000013201

БИК 012202102

ссылка о дате выдачи документа и выдавшем его органе

Зарегистрирован(а) по адресу:

указать адрес регистрации

Проживающий по адресу:

указать адрес проживания

телефон

адрес электронной почты (если имеется)

Законный представитель

Фамилия имя отчество (при наличии)

документ, удостоверяющий личность, наименование, серия номер

ссылка о дате выдачи документа и выдавшем его органе

Зарегистрирован(а) по адресу:

указать адрес регистрации

Проживающий по адресу:

указать адрес проживания

телефон

адрес электронной почты (если имеется)

(подпись)

(Ф.И.О.)

На заключение договора согласен(на)

(подпись законного представителя)

(Ф.И.О. законного представителя)

М.П.

Приложение № 19
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «28» 04 2026г. № 94

Дополнительное соглашение
к Договору № _____ от «___» _____ 202_ г.
на оказание платных медицинских услуг

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 «Учреждение», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-
47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом:
«МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
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 № _____
Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в
условиях дневного стационара № _____
именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент»

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

Я, _____	выдан _____
документ, удостоверяющий личность _____	(инициалы, серия и номер документа)
являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)	(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
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 законный представитель Пациента,	

с другой стороны, при совместном наименовании «Стороны», договорились о нижеследующем:
4. В связи с изменением плана и объема лечения внести изменение в п.п. 1.2. Договора от «___» _____ 202_ г. № _____ и читать его в новой редакции:

«1.2. 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 услуг (НДС), руб.

Итого: _____
Итоговая сумма прописью: _____ (сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.»
5. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 2 (двух) экземплярах,
по одному для каждой из сторон.
6. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания сторонами и
является неотъемлемой частью Договора от «___» _____ 202_ г. № _____

Учреждение: Пациент (законный представитель):
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» Фамилия имя отчество (при наличии).
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России Документ, удостоверяющий личность, серия
Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК номер, сведения о дате выдачи документа и
«Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. выдавшем его органе
Федорова» Минздрава России Зарегистрирован(а) по адресу:
Юридический адрес: 127486, г. Москва, Проживающий по адресу:
Бескудниковский бульвар, д. 59а Телефон:
Фактический адрес: 428028, Чувашская Адрес электронной почты (если имеется)
Республика, г. Чебоксары,
пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Адрес ЛДО г. Чебоксары (СЗР): 428025,
Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. М.
Павлова, д. 25

Банковские реквизиты:
Л/с 30156331560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОЦП № 1 ВВГУ Банка России/УФК
по Нижегородской области, г Нижний
Новгород
р/сч 032146430000000013201
БИК 012202102

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)
М.П.

Приложение № 20
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04 2026г. № 94

Дополнительное соглашение
к Договору № _____ от «___» _____ 202_ г.
на оказание платных медицинских услуг

г. Саранск «___» _____ 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 «Учреждение», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № ЛО41-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, бесспорно, в лице _____, Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России на основании Положения о филиале и Доверенности _____, действующего(ей) на основании и граждан(ин)(ка) _____, с одной стороны,

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____ Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара № _____ именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент»

Я, _____	Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан
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 _____	
(числа, месяца, года рождения)	
именуемый(ая) в дальнейшем законный представитель Пациента, _____	

с другой стороны, при совместном наименовании «Стороны», договорились о нижеследующем:
7. В связи с изменением плана и объема лечения внести изменение в п.п. 1.2. Договора от «___» _____ 202_ г. № _____ и читать его в новой редакции:

«1.2. Перечень платных медицинских услуг и их стоимость представляемых 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».
8. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 2 (двух) имеющих равную силу экземплярах, по одному для каждой из сторон.
9. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания сторонами и является неотъемлемой частью Договора от «___» _____ 202_ г. № _____.

Учреждение:
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
Адрес ЛДО в г. Саранск: 430030, Республика Мордовия, г. Саранск, Исторический проезд, д. 6
Банковские реквизиты: Л/с 30156331560, в УФК по Чувашской Республике к/с 401028109453700000024 в ОНЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК по Нижегородской области, г. Нижний Новгород
р/сч 032146430000000013201 БИК 012202102

Пациент (законный представитель):
Фамилия имя отчество (при наличии), Документ, удостоверяющий личность: серия номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе
Зарегистрирован(а) по адресу: _____
Проживающий по адресу: _____
Телефон: _____
Адрес электронной почты (если имеется) _____

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

М.П.

Приложение № 21
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «08» 04 2026г. № 94

Дополнительное соглашение
к Договору № _____ от «___» _____ 202_ г.
на оказание платных медицинских услуг

г. Йошкар-Ола «___» _____ 20__ г.

исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза»
имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в
дальнейшем «Учреждение», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-
47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом:
«МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Положения о филиале и Доверенности _____, действующего(ей) на основании
и граждан(ка) _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в
условиях дневного стационара № _____
именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент»

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан
Я, _____
документ, удостоверяющий личность _____ (наименование, серия и номер документа)
Выдан _____
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 законный представитель Пациента, _____

с другой стороны, при совместном наименовании «Стороны», договорились о нижеследующем:

10. В связи с изменением плана и объема лечения внести изменение в п.п. 1.2. Договора от «___»
202_ г. № _____ и читать его в новой редакции:

«1.2. 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 ст. 149 НК РФ».

11. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 2 (двух) имеющих равную силу экземплярах,
по одному для каждой из сторон.

12. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания сторонами и
является неотъемлемой частью Договора от «___» _____ 202_ г. № _____.

Учреждение:

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,
Бескуликовский бульвар, д. 59а
Фактический адрес: 428028, Чувашская
Республика, г. Чебоксары,
пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Адрес ЛДО в г. Йошкар-Ола: 424000,
Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола,
Воскресенская набережная, д. 8
Банковские реквизиты:

Л/с 30156331560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810945370000024
в ОКИ № 1 ВВГУ Банка России/УФК
по Нижегородской области, г Нижний
Новгород
р/сч 032146430000000013201
БИК 012202102

Пациент (законный представитель):

Фамилия имя отчество (при наличии).
Документ, удостоверяющий личность: 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.) _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) _____

М.П.

Приложение № 22
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «04» 04 2026г. № 94

Дополнительное соглашение
к Договору № _____ от «___» _____ 202_ г.
на оказание платных медицинских услуг

г. Нижний Новгород «___» _____ 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 «Учреждение», 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

Положения о филиале и Доверенности _____, действующего(ей) на основании и граждан(ка) _____, с одной стороны,

_____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)
медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара № _____
именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент»

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

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

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)
Пациента _____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - ребенка или недееспособного гражданина - по месту) _____
(число, месяц, год рождения)

именуемый(ая) в дальнейшем законный представитель Пациента, _____
с другой стороны, при совместном наименовании «Стороны», договорились о нижеследующем:

1.3 В связи с изменением плана и объема лечения внести изменение в п.п. 1.2. Договора от «___» _____ 202_ г. № _____ и читать его в новой редакции:

«1.2. 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».

14. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 2 (двух) экземплярах, по одному для каждой из сторон.

15. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания сторонами и является неотъемлемой частью Договора от «___» _____ 202_ г. № _____.

Учреждение:

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
Адрес ЛДЮ в г. Нижний Новгород: 603006, Нижегородская область, г. Нижний Новгород, пл. Свободы, д. 6 пом. ПП.
Банковские реквизиты:

Л/с 30156331560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 401028109453700000024
в ОНЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК
по Нижегородской области, г. Нижний
Новгород
р/сч 032146430000000013201
БИК 012202102

Пациент (законный представитель):

Фамилия имя отчество (при наличии):
Документ, удостоверяющий личность: 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.) _____ (Ф.И.О.)

М.П.

УВЕДОМЛЕНИЕ

о необходимости предоставления дополнительных медицинских услуг;
не предусмотренных договорами

Уважаемый Пациент (законный представитель Пациента), Заказчик!

В соответствии с п. 27 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесения изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006» предупреждаем Вас о том, что при предоставлении Вам платных медицинских услуг в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее – Чебоксарский филиал) 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.

Одновременно уведомляем Вас о том, что без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости Чебоксарский филиал не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе, если иное не оговорено в основном договоре.

Вышеуказанная информация предоставлена мне в полном объеме и понятна.

Пациент (законный представитель
пациента), Заказчик

(подпись)

(Ф.И.О.)

(число, месяц, год)

УВЕДОМЛЕНИЕ

Уважаемый Пациент (законный представитель Пациента)!

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.

На основании пункта 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736, уведомляем Вас о том, что 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 пациента.

Уведомлен и согласен, экземпляр на руки получил до заключения договора на оказание платных медицинских услуг:

Пациент

(законный представитель пациента)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(число, месяц, год)

Приложение № 25
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от « 04 » 2026г. № 94

СОГЛАСИЕ
на отступление от стандарта медицинской помощи

В соответствии с п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006» подтверждаю, что согласовываю оказание мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Пациент (законный представитель
пациента)

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

Приложение № 26
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от « 04 » 2026г. № 94

ДОГОВОР № _____
на оказание сервисных услуг Пациенту

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 «Учреждение», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Л041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, 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 № _____
медицинская карта стационарного больного № _____
именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент»

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

Я, _____

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

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)
Пациента _____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)
(число, месяц, год рождения)

именуемый(ая) в дальнейшем законный представитель Пациента, _____
с другой стороны, при совместном наименовании «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Учреждение в соответствии с желанием и с добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента) предоставляет сервисные услуги по созданию условий повышенной комфортности в период пребывания Пациента на лечении в Учреждении по адресу: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10, а Пациент (законный представитель пациента) оплачивает сервисные услуги (далее - услуги).

1.2. В состав сервисных услуг входит:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без НДС, руб.	Кол-во услуг	Общая стоимость без НДС, руб.	НДС	Общая стоимость, с учетом НДС, руб.
Итого:							

Итоговая сумма прописью: _____
(сумма прописью)

2. Стоимость услуг, порядок их оплаты и сроки оказания

- 2.1. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и действующего на день оказания услуг.
- 2.2. Оплата производится, с согласия Пациента (законного представителя Пациента), при заключении договора, на условиях 100 % авансового платежа на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.
- 2.3. Учреждение производит отметку о стоимости услуги в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в медицинской карте стационарного больного, на руки Пациенту (законному представителю Пациента) выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).
- 2.4. Срок оказания услуг: в течение месяца с момента поступления денежных средств от Пациента (законного представителя Пациента) на лицевой счет либо в кассу Учреждения.
- 2.5. Продление срока сервисных услуг по медицинским показаниям и их стоимость оформляется дополнительным соглашением сторон к договору.

3. Права и обязанности Учреждения

- 3.1. **Учреждение имеет право:**
- требовать от Пациента (законного представителя Пациента) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.);
 - отказывать Пациенту (законному представителю Пациента) в предоставлении медицинской услуги в случае невыполнения ими требований лечащего врача.
- 3.2. **Учреждение обязано:**
- Предоставить сервисные услуги в период: с « » 20 г. по « » 20 г.;
 - незамедлительно уведомить Пациента (законного представителя Пациента), при поступлении, о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению обязательств по настоящему договору;
 - совершить все необходимые действия в целях качественного и своевременного исполнения своих обязательств по настоящему договору.

4. Права и обязанности Пациента (законного представителя Пациента)

- 4.1. **Пациент (законный представитель Пациента) имеет право:**
- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Учреждении, о наличии лицензии и информации о предоставляемых услугах;
 - отказываться от получения услуги в письменной форме и в любое время в период действия Договора, при этом Пациенту (законному представителю Пациента) возвращаются оплаченные денежные средства за вычетом стоимости фактических оказанных услуг.
- 4.2. **Пациент (законный представитель Пациента) обязан:**
- точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала;
 - своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг в порядке, которые определены настоящим договором;
 - неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Учреждения в течение всего периода пребывания в Учреждении, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности;
 - возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Учреждения.

5. Срок действия договора и дополнительные условия

- 5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.
- 5.2. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением, подписанным Сторонами.
- 5.3. Договор по соглашению сторон может быть расторгнут досрочно.

5.4. При возникновении споров, связанных с исполнением обязательств по настоящему договору, Стороны прилагают все усилия для их разрешения путем переговоров. В случае невозможности достичь соглашения в результате переговоров, споры разрешаются в установленном действующим законодательством порядке.

6. Прочие условия

- 6.1. Пациент (законный представитель Пациента) согласен, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Учреждение 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.
- 6.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.
- 6.3. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.
- 6.4. Настоящий договор составлен в 2 (двух) экземплярах, по одному для каждой из сторон.

7. Сведения об Учреждении

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Мехотраслевой 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 «Мехотраслевой 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 сайт в сети «Интернет» <https://mntkcheb.ru>

Учреждение:

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 30156331560,

в УФК по Чувашской Республике

к/с 40102810945370000024

в ОНЦ № 1 ВБГ У Банка России/УФК по

Нижегородской области, г. Нижний Новгород

р/сч 032146430000000013201

БИК 012202102

(подпись)

(Ф.И.О.)

(год/мес)

(Ф.И.О.)

М.П.

Приложение № 27
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 04 2026г. № 94

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
(диагностическое обследование)

Я пациент _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) полностью)
Медицинская карта пациента (амбулаторная) № _____ от _____ (число, месяц, год)
дата рождения _____ (число, месяц, год рождения)
зарегистрирован(а) по адресу: _____ (адрес регистрации)
проживающий(ая) по адресу: _____ (адрес фактического проживания)
документ, удостоверяющий личность _____ (наименование, серия и номер документа)
Выдан _____ (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 _____ (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, утвержденной 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, внутримышечно).

Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) офтальмологического диагностического обследования с консультациями и назначениями врача-офтальмолога и желаю получить соответствующие медицинские услуги в Учреждении:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без	Количество услуг	Общая стоимость
-------	------------	---------------------	-----------------------	------------------	-----------------

		налог (НДС), руб.	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 ним риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;
- 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.
- Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о перечне услуг, которые входят в офтальмологическое диагностическое обследование, а именно: определение остроты зрения, авторефрактометрия, биометрия, периметрия, тонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия,

(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: ультразвукового исследования глазного яблока, компьютерной периметрии, определения пространственно-контрастной чувствительности, электрофизиологического исследования зрительного нерва и сетчатки, оптической когерентной томографии, исследования на фундус-камере, флюоресцентной ангиографии сетчатки, гониоскопии, тонографии, ультразвуковой биомикроскопии и доплерографии, микропериметрии, конфокальной микроскопии роговицы и эндотелиальной микроскопии, лазерной тиндаляметрии, оптического анализа роговицы, аберрометрии, тесты на гетерофорию и бинокулярное зрение, аккомодографии, а также промывания слезных путей, массажа век, эпипластики 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 ознакомлен(а) с перечнем контактных и бесконтактных методов обследования в офтальмологии, а также с необходимостью 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. Контактные методы исследования проводятся под местной анестезией и могут вызвать эрозию роговицы, аллергические реакции на используемые препараты, субконъюнктивальное кровоизлияние, конъюнктивит

(указать дополнительные, при необходимости)

- Я информирован(а) о целях, объеме, характере предлагаемого офтальмологического диагностического обследования, а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время проведения обследования;

- Я проинформирован (а), 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 осведомлен(а) о том, что обследование может быть многоэтапным. 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;

- 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 добровольно предоставил(а) врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (лица, законным представителем которого я являюсь), обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемых) 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 проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания могу получить диагностическое обследование в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в Учреждении;
- Я ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка, установленного в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- Я согласен(а) на участие в рамках практической подготовки обучающихся - аспирантов Учреждения в оказании мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи, проведение обследования, на присутствие в процессе моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования врачей-ординаторов, а также на присутствие медицинских специалистов в целях использования результатов обследования 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 видеозаписи останутся собственностью Учреждения. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксации результатов медицинского вмешательства. Я согласен(на) на проведение фото- и видеосъемки во время обследования 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 морфологических исследований результаты должны быть получены мною лично либо представителем по доверенности, при невозможности даю свое согласие направлять результаты морфологических 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)
- Мне разъяснено, что перед осуществлением офтальмологического обследования я имею право от него отказаться.
- Дополнительная информация:
- указать нужное (при необходимости)
- Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) офтальмологического обследования 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, стоимости 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 врача по всем этапам офтальмологического обследования, мне понятимы возможные риски предстоящего вмешательства, осложнения и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства;
- Я принимаю решение приступить к офтальмологическому обследованию 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 лечения;
- 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 врача 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 отдал 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 № 28
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04 2026г. № 34

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
(лечение)

Я пациент _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - полностью)

Медицинская карта пациента (амбулаторная) № _____ от _____
(число, месяц, год)

дата рождения _____
(число, месяц, год рождения)

зарегистрирован(а) по адресу: _____
(адрес регистрации)

проживающий(ая) по адресу: _____
(адрес фактического проживания)

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

Выдан _____
(подпись 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)

Выдан _____
(наименование, серия и номер документа)

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)
Пациента _____
(подпись о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

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, утвержденной 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; нейзвизивные 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, внутривенно).

Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) лечение в соответствии с назначением врача по поводу:

OD _____
OS _____
и желаю получить следующие 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 предлагаемые результаты оказания медицинской помощи;
 - 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.
 - Я информирован(а) об объеме, характере предлагаемого лечения, а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время проведения лечения;
 - Я получил(а) и доступной для меня форме полную информацию о перечне услуг, которые входят в лечение;
 - Я предупрежден(а) о возможных рисках и преимуществах выбранного метода лечения. Мне разъяснено, и я осознал(а), что окончательный результат медицинского вмешательства во многом зависит от индивидуальных физиологических особенностей организма и связанных с этим процессов заживления, и не может быть полностью спрогнозирован до начала лечения или во время него.
 - Я проинформирован (а), 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 осведомлен(а) о том, что лечение может быть многотактным. Я информирован(а) о вероятности возникновения необходимости в дополнительном обследовании и/или лечении (в т.ч. хирургическое вмешательство) и/или консультации специалистов в процессе лечения и согласен(а) на все виды этих обследований, лечения и консультаций в необходимых планах и объемах;
 - Я информирован(а) о возможном изменении плана и объема лечения в процессе предоперационного осмотра и (или) оперативного вмешательства и даю на это свое согласие;
 - Я осведомлен(а) что кроме основного заболевания у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) имеется сопутствующая патология, а именно:
- (указать, какому именно заболеванию, в случае отсутствия каких-либо патологий указать, - нет)
- Я согласен(а) с тем, что используемые технологии медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, при проведении предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) лечения, а также во время операции и в процессе послеоперационного лечения, даже в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований;
 - Я понимаю, что возможные противопоказания к лечению могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим 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;
 - Мне даны разъяснения, что хирургическое вмешательство вызовет некоторый дискомфорт в оперируемой области, возможно возникновение боли в глазу и прилегающих тканях;

- Мне объяснено и я осознал(а), что имеются возможные следующие возможные особенности и осложнения моего заболевания (заболевания лицу, законным представителем которого я являюсь), таких как снижение зрения, воспалительные осложнения (эндофталмит, иридоциклит), сосудистые нарушения (кровотечение, тромбоз, окклюзия сосудов сетчатки, экспульсивная геморрагия, ретробульбарная гематома, ишемическая нейропатия), катаракта, послеоперационная офтальмогипертензия, вторичная глаукома, отслойка сетчатки, отслойка сосудистой оболочки, послеоперационный отек и дистрофия роговицы, разрыв задней капсулы, отслойка десцеметовой оболочки, рефракционные ошибки, смещение ИОЛ, остатки хрусталиковых масс, птоз верхнего века, высокое внутриглазное давление, воспалительное, нарушение кровообращения в сосудах сетчатки и зрительного нерва и др..

(указать, дополнителные, при необходимости)

- Я предупрежден(а) по поводу того, что иногда в связи с тяжестью исходного состояния или при наличии у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) сопутствующих глазных или общих заболеваний (например, сахарного диабета, гипертонической болезни, ишемической болезни, гематологических, иммунных заболеваний и т.п.) возможно изменение плана хирургического вмешательства, в т. ч. в момент проведения операции, многоэтапность хирургического лечения, нестандартное послеоперационное восстановление может потребовать дополнительного лечения и увеличить его сроки;

- Мне объяснено, и я понимаю, что во время проведения хирургического вмешательства и анестезии могут возникнуть обстоятельства, препятствующие выполнению данной операции, или выявится ситуация, требующая частичного или полного изменения плана лечения, плана операции, анестезии, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В такой ситуации я даю согласие и доверяю врачу (лечащему врачу, хирургу, анестезиологу-реаниматологу) и их ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением, и выполнить любые действия, которые врач сочтет необходимыми для улучшения моего состояния в том объеме, который определит лечащий врач и даю разрешение на привлечение для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо;

- Я понимаю, что до проведения операции при непрозрачности оптических сред, не во всех случаях возможно диагностическими исследованиями установить наличие других заболеваний, подлежащих структур, которые могут оказать существенное влияние на остроту зрения после операции;

- Я поставлен(-а) в известность о том, что в связи с хирургическим вмешательством по поводу глаукомы или заболеваний сетчатки и стекловидного тела, не исключена возможность помутнения моего хрусталика (хрусталика лица, законным представителем которого я являюсь), что может потребовать его удаления как во время основной операции, так и в любые сроки после нее;

- Я извещен(-а) о том, что после удаления катаракты, удаления мутного или прозрачного хрусталика, в том числе с целью коррекции близорукости или дальнозоркости, и особенно после ранее проведенных операций, в силу особенностей расчета искусственного хрусталика, не всегда может быть достигнута полная независимость от очков. Я предупрежден(-а), что в этом случае мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) придется пользоваться очками, контактными линзами или по моему желанию и за мой счет мне может быть проведена повторная операция с заменой искусственного хрусталика на другой с иной оптической силой;

- Я даю добровольное согласие на местную анестезию при различных вмешательствах, если планом лечения не предусмотрено внутривенного, сочетанного или общего анестезиологического обеспечения. Я согласен(на) на проведение предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) лечения (хирургического вмешательства) при показаниях под анестезией (наркозом). О степени анестезиологического риска предупрежден; Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время его проведения;

- Я предупрежден о необходимости проведения в послеоперационном периоде регулярных консультаций и лечения у специалистов по имеющимся у меня глазным и общим заболеваниям;

- Мне разъяснены рекомендации по соблюдению послеоперационного режима: не давать большие зрительные нагрузки; физически не воздействовать на оперированный глаз – тереть его или нажимать, не поднимать тяжести; не засыпать лежа на стороне оперированного глаза, не пользоваться декоративной косметикой, не курить и не употреблять спиртные напитки.

(указать, дополнителные, при необходимости)

- 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 добровольно предоставил(а) врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (лица, законным представителем которого я являюсь), обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах, физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я извещен(а) о том, что все вышеперечисленное может привести к снижению и даже потере зрения в послеоперационном периоде, мне разъяснено, что в связи с этим может потребоваться дополнительное хирургическое лечение. Я осознаю, что для получения лучших результатов должен(а) до и после операции неукоснительно исполнять все рекомендации, предписания и назначения лечащего врача, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждении, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения;

- 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, представляющего 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) заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в Учреждении;

- Я ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка, установленного в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- Я согласен(а) на участие в рамках практической подготовки обучающихся – аспирантов Учреждения в оказании мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи, проведении обследования, на присутствии в процессе моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования врачей-ординаторов, а также на присутствии медицинских специалистов в целях использования результатов обследования 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 могут отказать 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 видеозаписи останутся собственностью Учреждения. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксации результатов медицинского вмешательства. Я согласен(на) на проведение фото- и видеосъемки во время обследования и публикации 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 морфологических исследований результаты должны быть получены мною лично либо представителем по доверенности, при невозможности даю свое согласие направлять результаты морфологических 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.

(Прочитать фамилию, имя, отчество - полностью)

- Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право от него отказаться.
Дополнительная информация:

указать другое (при необходимости)

- Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) офтальмологического обследования и получил(а) на них исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех методов лечения;
- Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения плана лечения (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 лечению, мною заданы все интересующие меня вопросы, получены все исчерпывающие ответы и разъяснения врача по всем этапам лечения, мне понятен возможный риск предстоящего вмешательства, осложнения при проведении операции и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства;
- Я принимаю решение приступить к лечению 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 лечения;
- 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 врача 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 лечения 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.

Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства

Я пациент _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - полностью)
Медицинская карта пациента (амбулаторная) № _____ от _____ (число, месяц, год)
дата рождения _____ (число, месяц, год рождения)
зарегистрирован(а) по адресу: _____ (адрес регистрации)
проживающий(ая) по адресу: _____ (адрес фактического проживания)
документ, удостоверяющий личность _____ (наименование, серия и номер документа)
Выдан _____

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 _____ (наименование, серия и номер документа)
Выдан _____
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)

находясь на лечении (обследовании) в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия
глаз» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее - «Учреждение») в отделе/ни _____ № палаты _____
добровольно даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь)
_____ (название вида обезболивания, возможность применения анестезиологической техники)

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о цели, характере, объеме, методах предлагаемого анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время его проведения, а также степени тяжести, рисках и возможных осложнениях.
- 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.
- Я проинформирован (а), 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 измениться вне зависимости от применяемого способа обезболивания.
- Я информирован(а) о праве анестезиолога изменять тактику ведения анестезии и возможности развития следующих осложнений при выполнении анестезиологического пособия операции:

- боль в горле, охриплость голоса, кашель, отек гортани, ларингоспазм, бронхоспазм, тошнота и

рвота в послеоперационном периоде;

- гематомы на местах неудачных попыток катетеризации вен;
- ретробулбарная, парабулбарная гематома, перфорация глазного яблока после инъекции;
- отеки конечностей при несостоятельности венозного русла в месте стояния периферического катетера;
- аллергические реакции, в том числе анафилактический шок;
- гипертермия, в том числе злокачественная гипертермия;
- травма губ, языка, носа, щек, гортани, зубов, вплоть до травматической экстракции зубов, повреждение брекетов и других ортодонтических конструкций;
- пневмоторакс, гемоторакс, гидроторакс, ретургитация и аспирация;
- судороги, вплоть до развития эпилептического статуса;
- острая дыхательная и/или сердечно-сосудистая недостаточность, требующие проведения интенсивной терапии, вплоть до сердечно-легочной реанимации;
- другие возможные непредвиденные обстоятельства и осложнения.

- Я также добровольно и осознанно даю согласие и уполномочиваю врача анестезиолога-реаниматолога на изменение анестезиологической тактики, если он посчитает это необходимым во время анестезиологического обеспечения операции, а также выполнение возможных инвазивных манипуляций и лабораторных исследований при необходимости. В такой ситуации я даю согласие и доверяю врачу (анестезиологу-реаниматологу) и их ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением, и выполнить любые действия, которые врач сочтет необходимым для улучшения моего состояния в том объеме, который определит лечащий врач (анестезиолог-реаниматолог) и даю разрешение на привлечение для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо;

- Я предупрежден(а), что последний прием пищи не позднее чем за 8 часов до операции, а последний прием жидкости не позднее чем за 4 часа до планируемой операции, если иное время не отговорено анестезиологом-реаниматологом и обязуюсь строго выполнять все требования по режиму питания перед оперативным вмешательством и сообщать лечащему врачу и врачу анестезиологу-реаниматологу о всех случаях его нарушения.

- Я предупрежден(а) врачом-анестезиологом-реаниматологом о потенциальной опасности для здоровья пациента, во время и после операции, в следующих случаях:

- при неполном информировании врача анестезиолога-реаниматолога о моих медицинских проблемах;
- при нарушении рекомендаций врача анестезиолога-реаниматолога по поведению до и после операции.

- Я добросовестно предоставил(а) врачу-анестезиологу-реаниматологу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (лица, законным представителем которого я являюсь), обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемых) 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) о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласован с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств.

- Я предупрежден(а) и осознанно, что в случае невыполнения мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) рекомендаций лечащего врача, врача-анестезиолога-реаниматолога или сокрытия притворноказаний для предстоящего анестезиологического обеспечения Учреждение не несет ответственности за неблагоприятные последствия данного **анестезиологического обеспечения** медицинского вмешательства.

Дополнительная информация:

указать нужно (при необходимости)

- Я утверждаю, что мне была предоставлена возможность задать любые интересующие меня вопросы врачу-анестезиологу-реаниматологу, относящиеся к предстоящему анестезиологическому обеспечению операции, и получил(а) на них исчерпывающие ответы, мне понятен возможный риск и преимущества предстоящего анестезиологического обеспечения, возможность развития осложнений при выполнении анестезиологического пособия операции, мне разъяснены значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе, а также предоставленная информация и разъяснения мне понятны, осознаны мной(ю) и полностью меня удовлетворяли.

- Мне было предоставлено достаточно времени для принятия мной(ю) осознанного решения о согласии на анестезиологическое обеспечение операции. Я информирован(а), что имею право отозвать его в любое время до начала анестезиологического обеспечения операции.

- Я разрешаю врачу-анестезиологу-реаниматологу опубликовать любую информацию об анестезии в научных и образовательных целях, исключив возможность идентификации.

- Я согласен(а) на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных в соответствии с действующим законодательством;

- Я принимаю решение приступить к анестезиологическому пособию операции на предложенных условиях;

- Я внимательно ознакомил(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 анестезиологического пособия;

- 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 анкеты для оценки качества оказания медицинских услуг в Учреждении, размещенной на сайте Учреждения и на бумажных носителях на информационных стендах Учреждения;

- Настоящее согласие подписано мною на приеме у врача-анестезиолога-реаниматолога после проведения разъяснительной беседы. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Примечание:

Согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения с учетом состояния здоровья пациента.

При отсутствии законных представителей решение об анестезиологическом обеспечении медицинского вмешательства принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением директора Учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос об анестезиологическом обеспечении при проведении медицинского вмешательства в интересах Пациента решает реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением директора Учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время ответственного дежурного врача.

Пациент

(законный представитель пациента)

В присутствии переводчика
(для иностранных граждан)

(число, месяц, год)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(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 анестезиологического пособия и полностью отдал себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях. Пациент расписался в моем присутствии.

Врач-анестезиолог-реаниматолог

(Ф.И.О.)

(подпись)

(число, месяц, год)

Консилиум врачей в составе:

(должность)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(число, месяц, год)

(должность)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(число, месяц, год)

(должность)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(число, месяц, год)

Приложение № 30
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04 2026г. № 34

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство (коррекция зрения)

Я пациент _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - полностью)

Медицинская карта пациента (амбулаторная) № _____ от _____
(число, месяц, год)

дата рождения _____
(число, месяц, год рождения)

зарегистрирован(а) по адресу: _____
(адрес регистрации)

проживающий(их) по адресу: _____
(адрес фактического проживания)

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

выдан _____

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 _____
(наименование, серия и номер документа)

выдан _____

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, 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, утвержденной 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, внутримышечно).

Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) лечения в соответствии с назначением врача по поводу:

OD _____
OS _____

и желаю получить следующие медицинские услуги в Учреждении:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без	Количество услуг	Общая стоимость
-------	------------	---------------------	-----------------------	------------------	-----------------

		налога (НДС), руб.	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;
 - 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.
 - 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) об объеме, характере предлагаемого лечения, а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время проведения лечения;
 - Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о перечне услуг, которые входят в лечение;
 - Я проинформирован (а), 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 синдром болевой может изменяться вне зависимости от применяемого способа обезболивания;
 - Я предупрежден(а) о возможных рисках и преимуществах выбранного метода лечения;
 - Мне разъяснено, и осознан(а), что окончательный результат медицинского вмешательства во многом зависит от индивидуальных физиологических особенностей организма и связанных с этим процессов заживления, и не может быть полностью спрогнозирован до начала лечения или во время него;
 - Я осведомлен(а) о том, что лечение может быть многостадийным. Я информирован(а) о вероятности возникновения необходимости в дополнительном обследовании и/или лечении (в т.ч. хирургическое вмешательство) и/или консультации специалистов в процессе лечения и согласен(а) на все виды этих обследований, лечения и консультаций в необходимых объемах;
 - Я информирован(а) о возможном изменении плана и объема лечения в процессе предоперационного осмотра и (или) оперативного вмешательства и даю на это свое согласие;
 - Я осведомлен(а) что кроме основного заболевания у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) имеется сопутствующая патология, а именно:
- (указать какие именно патологии, в случае отсутствия каких-либо патологий указать: - нет)
- Мне даны необходимые разъяснения относительно моего диагноза, прогноза, выбранного метода коррекции, а также необходимые рекомендации по режиму лечения и особенностям послеоперационного периода;
 - Мне известно, что любые рефракционные операции, включая все методы лазерной коррекции зрения, не гарантируют 100% зрение без очков: итогом операции может быть как слабая близорукость, дальнозоркость, так и небольшой астигматизм и я информирован (а), что восстановление зрения у каждого пациента происходит очень индивидуально, у некоторых в более ранние сроки после операции, у других несколько позже, особенно при допорекции первичной рефракционной операции;
 - Мне известно, что после любых методов коррекции зрения, у пациентов возможны побочные оптические эффекты, такие, как круги светорассеяния вокруг источника света («glare», «halo», «starburst»), «засветка» от фар встречного транспорта, ощущение «тумана» в помещении, ощущение «размытости» контуров предметов, временное ощущение «двоения», снижение остроты зрения в условиях вечернего и ночного освещения по сравнению с дневным освещением и так далее;
 - Мне известно, что после кераторефракционных операций может быть проявление синдрома сухого глаза в той или иной степени выраженности. Все вышеуказанные оптические эффекты и синдром сухого глаза проходят или снижают свою интенсивность в течение нескольких недель или месяцев после выполнения лазерных кераторефракционных операций;

- Я согласен(а) на участие в рамках практической подготовки обучающихся - аспирантов Учреждения в оказании мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи, проведении обследования, на присутствие в процессе моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования врачом-ординаторов, а также на присутствие медицинских специалистов в целях использования результатов обследования 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 видеозаписи останутся собственностью Учреждения. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Я согласен(на) на проведение фото- и видеосъемки во время обследования 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 морфологических исследований результаты должны быть получены мною лично либо представителем по доверенности, при невозможности даю свое согласие направлять результаты морфологических 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)
-
- Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право от него отказаться.
-
- Дополнительная информация:
-
- указать нужное (при необходимости)
-
- Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) офтальмологического обследования и получил(а) на них исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех методов лечения;
 - Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения плана лечения (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 лечению, мною заданы все интересующие меня вопросы, получены все исчерпывающие ответы и разъяснения врача по всем этапам лечения, мне понятен возможный риск предстоящего вмешательства, осложнения при проведении операции и пренебрежения, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства;
 - Я принимаю решение приступить к лечению 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 лечения;
 - 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;

- Мне известно, что в случае возникновения различных нестандартных ситуаций лечение может быть многоэтапным и первоначально планируемая операция может быть заменена на другую рефракционную операцию, более подходящую в данной конкретной ситуации;
 - Я информирован (а) о возможном риске развития кератоконуса (эктазии роговицы) после лазерной коррекции зрения, который практически не превышает риск развития первичного кератоконуса (1:2000 случаев).
 - Я информирован (а), что в зрелом возрасте буду нуждаться в коррекции зрения для близи в очках;
 - Я предупрежден, что на результатах операции у пациентов старше 40 лет будут сказываться возрастные изменения органа зрения (катаракта, глаукома, макулодистрофия и прочее);
 - Я согласен(а) с тем, что используемые технологии медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными особенностями проявления при проведении предложенного мне лечения, а также во время операции и в процессе послеоперационного лечения, даже в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований;
 - Я понимаю, что возможные противопоказания к лечению могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим 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 предупрежден о необходимости проведения в послеоперационном периоде регулярных консультаций и лечения у специалистов по имеющимся у меня глазным и общим заболеваниям;
 - Мне разъяснены рекомендации по соблюдению послеоперационного режима: не давать большие зрительные нагрузки; физически не воздействовать на оперированный глаз – тереть его или нажимать, не поднимать тяжести; не пользоваться декоративной косметикой; не курить и не употреблять спиртные напитки;
-
- (указать, дополняющие, при необходимости)
-
- Я извещен(а) о том, что мне необходимо немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств;
 - Я добровольно предоставил(а) врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (лица, законным представителем которого я являюсь), обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах, физической или биологической природе, 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) о том, что все вышеперечисленное может привести к снижению и даже потере зрения в послеоперационном периоде, мне разъяснено, что, в связи с этим может потребоваться дополнительное хирургическое лечение. Я осознаю, что для получения лучших результатов должен(а) до и после операции неукоснительно исполнять все рекомендации, предписания и назначения лечащего врача, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждении, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения;
 - Я уведомлен(а), об обязанности соблюдения режима лечения (указания, рекомендации) 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 повлечу имеющегося у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в Учреждении;
 - Я ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка, установленного в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- 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 врача 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 лечения 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 № 31
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04 2026г. № 34

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство (имплантация факичной интраокулярной линзы)**

Я пациент _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - полностью)

Медицинская карта пациента (амбулаторная) № _____ от _____ (число, месяц, год)

дата рождения _____ (число, месяц, год рождения)

зарегистрирован(а) по адресу: _____ (адрес регистрации)

проживающий(ая) по адресу: _____ (адрес фактического проживания)

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

_____ (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)	выдан
документ, удостоверяющий личность _____ (паспорт, серия и номер документа)	
_____ (сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)	
Пациента	
являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)	
_____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - полностью)	
_____ (число, месяц, год рождения)	
дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным	

даю информированное добровольное согласие на виды медицинского вмешательства в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «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, утвержденной 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; тонометрия; 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, внутрискожно).

- Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) **лечение** в соответствии с назначением врача по поводу:

OD _____
OS _____

и желаю получить следующие 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. 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 ним, риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;
- 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;
- Я информирован(а) об объеме, характере предлагаемого лечения, а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время проведения лечения;
- Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о перечне услуг, которые входят в лечение;
- Я проинформирован (а), 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 предупрежден(а) о возможных рисках и преимуществах выбранного метода лечения. Мне разъяснено, и я осознал(а), что окончательный результат медицинского вмешательства во многом зависит от индивидуальных физиологических особенностей организма и связанных с этим процессов заживления, и не может быть полностью спрогнозирован до начала лечения или во время него.
- Я осведомлен(а) о том, что лечение может быть многоэтапным. Я информирован(а) о вероятности возникновения необходимости в дополнительном обследовании и/или лечении (в т.ч. хирургическое вмешательство) и/или консультации специалистов в процессе лечения и согласен(а) на все виды этих обследований, лечения и консультаций в необходимых объемах;
- Я информирован(а) о возможном изменении плана и объема лечения в процессе предоперационного осмотра и (или) оперативного вмешательства и даю на это свое согласие;
- Я осведомлен(а) что кроме основного заболевания у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) имеется сопутствующая патология, а именно:
 - Я согласен(а) с тем, что используемые технологии медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, при проведении предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) лечения, а также во время операции и в процессе послеоперационного лечения, даже в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований;
 - Я понимаю, что возможные противопоказания к лечению могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим 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;
 - Мне даны разъяснения, что хирургическое вмешательство вызовет некоторый дискомфорт в оперируемой области, возможно возникновение боли в глазу и прилегающих тканях.

(указать какие именно патологические, в случае отсутствия указать, либо нет)

- Мне объяснено и я осознал(а), что имеются возможные следующие возможные особенности и осложнения моего заболевания (заболевания лица, законным представителем которого я являюсь), таких как снижение зрения, воспалительные осложнения (эндофтальмит, иридоциклит), сосудистые нарушения (кровоотечение, тромбоз, окклюзия сосудов сетчатки, экспульсивная геморрагия, ретробульбарная гематома, ишемическая нейропатия), катаракта, послеоперационная офтальмогипертензия, вторичная глаукома, отслойка сетчатки, отслойка сосудистой оболочки, послеоперационный отек и дистрофия роговицы, отслойка десцеметовой оболочки, рефракционные ошибки, смещение ИОЛ, птоз верхнего века, высокое внутриглазное давление, внутриглазное воспаление, нарушение кровообращения в сосудах сетчатки и зрительного нерва и др.,

(указать дополнительные, при необходимости)

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения об особенностях имплантируемой мне ИОЛ, таких как снижение контрастной чувствительности, отсутствие гарантии полной независимости от очков, необходимость использования очков, потребность в более сильных источниках света из-за снижения контраста, повышенная слепимость от фар встречных автомобилей в ночное время, затрудняющая или делающая невозможным управление транспортными средствами в условиях пониженной освещенности, ореолы и отблески от источников света, визуализация темной дуги на периферии зрения, ощущение нечеткости изображения, требующее более частых моргательных движений;
- Я добровольно даю свое согласие на имплантацию мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) ИОЛ соответствии с договором;
- Я информирован о том, что достижение максимального зрительного результата может занимать некоторое время (до 6-12 месяцев). Я осведомлен о том, что лечение может быть многоэтапным. В частности, для достижения максимального зрительного эффекта могут потребоваться замена или хирургическая релакция ИОЛ, лазерная коррекция зрения остаточных нарушений рефракции, экстракция хрусталика;
- В доступной для меня форме предоставлена полная информация о целях, методах имплантации ИОЛ, связанном с ней риске, об особенностях имплантируемой ИОЛ, о возможных вариантах медицинского вмешательства в целях имплантации ИОЛ, о ее последствиях, возможных осложнениях для здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством, а также о предполагаемых результатах имплантации;
- Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о перечне услуг, которые входят в лечение;
- Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно предлагаемой мне (представителю) имплантации ИОЛ и получил на них исчерпывающие ответы.
- Я подтверждаю, что решение об имплантации ИОЛ является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли.
- Я предупрежден(а) по поводу того, что иногда в связи с тяжестью исходного состояния или при наличии у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) сопутствующих глазных или общих заболеваний (например, сахарного диабета, гипертонической, ишемической болезни, гематологических, иммунных заболеваний и т.п.) возможно изменение плана хирургического вмешательства, в т.ч. в момент проведения операции, многоэтапность хирургического лечения, нестандартное послеоперационное восстановление может потребовать дополнительного лечения и увеличить его сроки;
- Мне объяснено, и я понимаю, что во время проведения хирургического вмешательства и анестезии могут возникнуть осложнения, препятствующие выполнению данной операции, или выявиться ситуация, требующая частичного или полного изменения плана лечения, плана операции, анестезии, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В такой ситуации я даю согласие и доверяю врачу (лечащему врачу, хирургу, анестезиологу-реаниматологу) и их ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением, и выполнить любые действия, которые врач сочтет необходимым для улучшения моего состояния в том объеме, который определит лечащий врач и даю разрешение на привлечение для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо;
- Я понимаю, что до проведения операции при непрозрачности оптических сред, не во всех случаях возможно диагностические исследования установить наличие других заболеваний подлежащих структур, которые могут оказать существенное влияние на остроту зрения после операции;
- Я поставлен(а) в известность о том, что в связи с хирургическим вмешательством по поводу глаукомы или заболеваний сетчатки и стекловидного тела, не исключена возможность помутнения моего

хрусталика (хрусталика лица, законным представителем которого я являюсь), что может потребовать его удаления как во время основной операции, так и в любые сроки после нее;

- Я извещен(-а) о том, что после удаления катаракты, удаления мутного или прозрачного хрусталика, в том числе с целью коррекции близорукости или дальнозоркости, и особенно после ранее проведенных операций, в силу особенностей расчета искусственного хрусталика, не всегда может быть достигнута полная независимость от очков. Я предупрежден(-а), что в этом случае мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) придется пользоваться очками, контактными линзами или по моему желанию и за мой счет мне может быть проведена повторная операция с заменой искусственного хрусталика на другой с иной оптической силой;

- Я даю добровольное согласие на местную анестезию при различных вмешательствах, если планом лечения не предусмотрено внутривенного, сонатного или общего анестезиологического обеспечения. Я согласен(-а) на проведение предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) лечения (хирургического вмешательства) при показаниях под анестезией (наркозом). О степени анестезиологического риска предупрежден; Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время его проведения;

- Я предупрежден о необходимости проведения в послеоперационном периоде регулярных консультаций и лечения у специалистов по имеющимся у меня глазным и общим заболеваниям;

- Мне разъяснены рекомендации по соблюдению послеоперационного режима: не давать большие зрительные нагрузки; физически не воздействовать на оперированный глаз – тереть его или нажимать; не поднимать тяжести; не засыпать лежа на стороне оперированного глаза; не пользоваться декоративной косметикой; не курить и не употреблять спиртные напитки;

(указать дополнительные при необходимости)

- Я извещен(-а) о том, что мне необходимо немедленно сообщить 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), обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемых) 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) о том, что все вышеперечисленное может привести к снижению и даже потере зрения в послеоперационном периоде, мне разъяснено, что, в связи с этим может потребоваться дополнительное хирургическое лечение. Я осознаю, что для получения лучших результатов должен(-а) до и после операции неукоснительно исполнять все рекомендации, предписания и назначения лечащего врача, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждении, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения;

- 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 неблагоприятные последствия данного медицинского вмешательства;

- Я проинформирован(-а), что по поводу имеющегося у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в Учреждении;

- Я ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка, установленного в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- Я согласен(-а) на участие в рамках практической подготовки обучающихся - аспирантов Учреждения в оказании мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи, проведении обследования, на присутствии в процессе моего (лица, законным представителем которого я являюсь)

обследования врачей-ординаторов, а также на присутствие медицинских специалистов в целях использования результатов обследования 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 видеозаписи останутся собственностью Учреждения. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксации результатов медицинского вмешательства. Я согласен(-а) на проведение фото- и видеосъемки во время обследования 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 морфологических исследований результаты должны быть получены мною лично либо представителем по доверенности, при невозможности даю свое согласие направлять результаты морфологических 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, имя, отчество - полностью)

- Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право от него отказаться.

Дополнительная информация:

(указать нужное (при необходимости))

- Я имел(-а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) офтальмологического обследования и получил(-а) на них исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех методов лечения;

- Мне объяснено, и я понял(-а), что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения плана лечения (в связи с необходимостью проведения дополнительных диагностических методов, необходимости 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 лечению, мною заданы все интересующие меня вопросы, получены все исчерпывающие ответы и разъяснения врача по всем этапам лечения, мне понятен возможный риск предстоящего вмешательства, осложнения при проведении операции и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства;

- Я принимаю решение приступить к лечению 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 лечения;

- Я подтверждаю, что решение о получении моих собственных и было принято без принуждения или наязывания 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 врача 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 лечения 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 № 32
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 09 2026г. № 04

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (фактомультисификация с имплантацией «премиальной» интраокулярной линзы (с расширенной глубиной фокуса, с расширенной глубиной фокуса торической, мультифокальной, мультифокальной торической, торической))

Я пациент

_____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - полностью)

Медицинская карта пациента (амбулаторная) № _____ от _____ (число, месяц, год)

дата рождения _____ (число, месяц, год рождения)

зарегистрирован(а) по адресу: _____ (адрес регистрации)

проживающий(ая) по адресу: _____ (адрес фактического проживания)

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

_____ (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)	Выдан _____ (наименование, серия и номер документа)
являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) 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, утвержденной 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; тонометрия; 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, внутрискожно).

- Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) **лечение** в соответствии с назначением врача по поводу:

OD
OS

и желаю получить следующие 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. 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 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.

- Я информирован(а) об объеме, характере предлагаемого лечения, а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время проведения лечения;

- Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о перечне услуг, которые входят в лечение;

- Я проинформирован (а), 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 предупрежден(а) о возможных рисках и преимуществах выбранного метода лечения. Мне разъяснено, и я осознал(а), что окончательный результат медицинского вмешательства во многом зависит от индивидуальных физиологических особенностей организма и связанных с этим процессов заживления, и не может быть полностью спрогнозирован до начала лечения или во время него.

- Я осведомлен(а) о том, что лечение может быть многоэтапным. Я информирован(а) о вероятности возникновения необходимости в дополнительном обследовании и/или лечении (в т.ч. хирургическое вмешательство) и/или консультации специалистов в процессе лечения и согласен(а) на все виды этих обследований, лечений и консультаций в необходимых объемах;

- Я информирован(а) о возможном изменении плана и объема лечения в процессе предоперационного осмотра и (или) оперативного вмешательства и дано на это свое согласие;

- Я осведомлен(а) что кроме основного заболевания у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) имеется сопутствующая патология, а именно:

(указать какие именно патологии, в случае отсутствия каких-либо патологий указать, - нет)

- Я согласен(а) с тем, что используемые технологии медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, при проведении предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) лечения, а также во время операции и в процессе послеоперационного лечения, даже в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований;

- Я понимаю, что возможные противопоказания к лечению могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим 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;

- Мне даны разъяснения, что хирургическое вмешательство вызовет некоторый дискомфорт в оперируемой области, возможно возникновение боли в глазу и прилегающих тканях;

- Мне объяснено и я осознал(а), что имеются возможные следующие возможные особенности и осложнения моего заболевания (заболевания лица, законным представителем которого я являюсь), таких как снижение зрения, воспалительные осложнения (эндофтальмит, иридоциклит), сосудистые нарушения (кровоотечение, тромбоз, окклюзия сосудов сетчатки, экспульсивная гемиоратия, ретробульбарная гематома, ишемическая нейропатия), катаракта, послеоперационная офтальмогипертензия, вторичная глаукома, отслойка сетчатки, отслойка сосудистой оболочки, послеоперационный отек и дистрофия роговицы, разрыв задней капсулы, отслойка десцеметовой оболочки, рефракционные ошибки, смещение ИОЛ, остатки хрусталиковых масс, птоз верхнего века, высокое внутриглазное давление, воспаление, нарушение кровообращения в сосудах сетчатки и зрительного нерва и др.

(указать дополнительные, при необходимости)

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения об особенностях имплантируемой мне ИОЛ, таких как снижение контрастной чувствительности, отсутствие гарантии полной независимости от очков, необходимость использования очков, потребность в более сильных источниках света из-за снижения контраста, повышенная слепимость от фар встречных автомобилей в ночное время, затрудняющая или делающая невозможным управление транспортными средствами в условиях пониженной освещенности, ореолы и отблески от источников света, визуализация темной дуги на периферии зрения, ощущение нечеткости изображения, требующее более частых моргательных движений;

- Я добровольно даю свое согласие на имплантацию мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) ИОЛ соответствии с договором;

- Я информирован о том, что достижение максимального зрительного результата может занять некоторое время (до 6-12 месяцев). Я осведомлен о том, что лечение может быть многоэтапным. В частности, для достижения максимального зрительного эффекта могут понадобиться замена или хирургическая репозиция ИОЛ, лазерная коррекция зрения остаточных нарушений рефракции, дисцизия задней капсулы хрусталика;

- В доступной для меня форме предоставлена полная информация о целях, методах имплантации ИОЛ, связанном с ней риске, об особенностях имплантируемой ИОЛ, о возможных вариантах медицинского вмешательства в целях имплантации ИОЛ, о ее последствиях, возможных осложнениях для здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством, а также о предполагаемых результатах имплантации;

- Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о перечне услуг, которые входят в лечение;

- Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно предлагаемой мне (предоставляемому) имплантации ИОЛ и получил на них исчерпывающие ответы;

- Я подтверждаю, что решение об имплантации ИОЛ является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чей-либо воли и мысли.

- Я предупрежден(а) по поводу того, что иногда в связи с тяжестью исходного состояния или при наличии у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) сопутствующих глазных или общих заболеваний (например, сахарного диабета, гипертонической, ишемической болезни, гематологических, иммунных заболеваний и т.п.) возможно изменение плана хирургического вмешательства, в т.ч. в момент проведения операции, многоэтапность хирургического лечения, нестандартное послеоперационное восстановление может потребовать дополнительного лечения и увеличить его сроки;

- Мне объяснено, и я понимаю, что во время проведения хирургического вмешательства и анестезии могут возникнуть обстоятельства, препятствующие выполнению данной операции, или выявится ситуация, требующая частичного или полного изменения плана лечения, плана операции, анестезии, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В такой ситуации я даю согласие и доверяю врачу (лечащему врачу, хирургу, анестезиологу-реаниматологу) и их ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением, и выполнить любые действия, которые врач сочтет необходимым для улучшения моего состояния в том объеме, который определит лечащий врач и даю разрешение на привлечение для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо;

- Я понимаю, что до проведения операции при непрозрачности оптических сред, не во всех случаях. возможно диагностическими исследованиями установить наличие других заболеваний глубже лежащих структур, которые могут оказать существенное влияние на остроту зрения после операции;

- Я поставлен(а) в известность о том, что в связи с хирургическим вмешательством по поводу глаукомы или заболеваний сетчатки и стекловидного тела, не исключена возможность помутнения моего хрусталика (хрусталика лица, законным представителем которого я являюсь), что может потребовать его удаления как во время основной операции, так и в любые сроки после нее;

- Я извещен(а) о том, что после удаления катаракты, удаления мутного или прозрачного хрусталика, в том числе с целью коррекции близорукости или дальнозоркости, и особенно после ранее проведенных операций, в силу особенностей расчета искусственного хрусталика, не всегда может быть достигнута полная независимость от очков. Я предупрежден(а), что в этом случае мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) придется пользоваться очками, контактными линзами или по моему желанию и за мой счет мне может быть проведена повторная операция с заменой искусственного хрусталика на другой с иной оптической силой;

- Я даю добровольное согласие на местную анестезию при различных вмешательствах, если планом лечения не предусмотрено внутривенного, сочетанного или общего анестезиологического обеспечения. Я согласен(на) на проведение предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) лечения (хирургического вмешательства) при показаниях под анестезией (наркозом). О степени анестезиологического риска предупрежден. Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предостит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время его проведения;

- Я предупрежден о необходимости проведения в послеоперационном периоде регулярных консультаций и лечения у специалистов по имеющимся у меня глазным и общим заболеваниям;

- Мне разъяснены рекомендации по соблюдению послеоперационного режима: не давать большие зрительные нагрузки; физически не воздействовать на оперированный глаз – тереть его или нажимать, не поднимать тяжести; не засыпать, лежа на стороне оперированного глаза, не пользоваться декоративной косметикой; не курить и не употреблять спиртные напитки;

(указать дополнительные, при необходимости)

- 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 добровольно предоставил(а) врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (лица, законным представителем которого я являюсь), обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах, физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я извещен(а) о том, что все вышеперечисленное может привести к снижению и даже потере зрения в послеоперационном периоде, мне разъяснено, что, в связи с этим может потребоваться дополнительное хирургическое лечение. Я осознал, что для получения лучших результатов должен(а) до и после операции неукоснительно исполнять все рекомендации, предписания и назначения лечащего врача, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждении, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения;

- 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 осознал, что в случае невыполнения мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) рекомендаций лечащего врача или сокрытия противопоказаний для лечения Учреждение не несет ответственности за неблагоприятные последствия данного медицинского вмешательства;

- Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в Учреждении;

- Я ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка, установленного в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- Я согласен(а) на участие в рамках практической подготовки обучающихся - аспирантов Учреждения в оказании мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи, проведении обследования, на присутствии в процессе моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования врачом-ординатором, а также на присутствие медицинских специалистов в целях использования результатов обследования 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 видеозаписи останутся собственностью Учреждения. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксации результатов медицинского вмешательства. Я согласен(на) на проведение фото- и видеосъемки во время обследования 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 морфологических исследований результаты должны быть получены мною лично либо представителем по доверенности, при невозможности даю свое согласие направлять результаты морфологических 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 - родственников)

- Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право от него отказаться.

Дополнительная информация:

(указать нужное (при необходимости))

- Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) офтальмологического обследования и получения(а) на них исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех методов лечения;

- Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения плана лечения (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 лечению, мною заданы все интересующие меня вопросы, получены все исчерпывающие ответы и разъяснения врача по всем этапам лечения, мне понятен возможный риск предстоящего вмешательства, осложнения при проведении операции и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства;

- Я принимаю решение приступить к лечению 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 лечения;

- 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 врача 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 лечения и полностью отдал 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 № 33
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «04» 04 2026г. № 94

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство (лазерное лечение в Отделении реконструктивной
окулопластической и лазерной хирургии)**

Я пациент _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - полностью)
Медицинская карта пациента (амбулаторная) № _____ от _____ (число, месяц, год)
дата рождения _____ (число, месяц, год рождения)
зарегистрирован(а) по адресу: _____ (адрес регистрации)
проживающий(ая) по адресу: _____ (адрес фактического проживания)
документ, удостоверяющий личность _____ (наименование, серия и номер документа) _____ выдан _____

(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)	Выдан
Документ, удостоверяющий личность _____ (наименование, серия и номер документа)		Выдан
являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)		
Пациента _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента или недееспособного гражданина - полностью)		
дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____ (число, месяц, год рождения)		

находясь на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее - «Учреждение») даю информированное добровольное согласие на виды медицинского вмешательства, 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 медицинской помощи, утвержденной 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; 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, внутрисуставно),
- Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) лечение, все необходимые медицинские процедуры и мероприятия, связанные с коррекцией (лечением) моих эстетических недостатков и заболеваний, в соответствии с назначением врача по поводу:

(дата, и т.п.)

и желаю получить следующие 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, показаний и противопоказаний к выполнению медицинских(ого) вмешательств(а), а также разъяснен характер, порядок и содержание всех планируемых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному диагнозу, проводимых(ого) медицинским(ого) вмешательств(а);
- 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.
- Мне разъяснено, что противопоказаниями к медицинскому вмешательству (операции) являются: острые инфекционные состояния; воспалительные заболевания кожи в области проведения процедуры; повреждение целостности кожи в области воздействия; беременность, период лактации; нахождение на дистансном учете у онколога и психиатра (нарколога), а также прием иммунодепрессантов и ретиноидов; нарушения процессов свертывания крови; сахарный диабет (в стадии декомпенсации) и инсулинорезистентность; наличие гемотрансмиссивных инфекций, хронические заболевания в стадии обострения; системные заболевания соединительной ткани, склонность к келоидообразованию; заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации; нарушение сердечного ритма (мерцательная аритмия, экстрасистолия); артериальная гипертензия 3 стадии со значительным повышением уровня артериального давления; розацеа, купероз, псориаз; эпилепсия с частыми судорожными припадками; состояние иммунодефицита; индивидуальная непереносимость. Подписанием настоящего согласия я заверяю об отсутствии у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) указанных противопоказаний;
- Я ознакомлен(а) с анализами и результатами исследований, подтверждающих поставленный мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) диагноз;
- Мне, в доступной для меня форме, разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также особенности восстановительного периода, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;
- Я информирован(а) об объеме, характере предлагаемого лечения, а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время проведения лечения;
- Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о перечне услуг, которые входят в лечение;
- Я предупрежден(а) о возможных рисках и преимуществах выбранного метода лечения, об альтернативных данному методу методах лечения, в т.ч. об отличиях, преимуществах и рисках по отношению к выбранному методу лечения;
- Мне разъяснено, что не существует абсолютно безопасных медицинских вмешательств и любое медицинское воздействие на человека вызывает ответные реакции организма, которые иногда могут быть непредсказуемыми. Я понимаю, что при проведении запланированных хирургических, лечебных и/или диагностических процедур существуют риски и опасность для моего здоровья. Я осознал, что при проведении хирургических, лечебных и/или диагностических процедур не исключена возможность инфекции, тромбозов, жировой эмболии, анемии, кровотечения, аллергических реакций, смерти и иных неблагоприятных последствий;
- Я также понимаю, что возможны следующие осложнения и побочные явления в связи с планируемыми процедурами: инфицирование обработанных участков кожи; стойкая эритема в области воздействия; шелушение кожи, кровоизлияния, кровотечение, гипо- и гиперпигментация в области шлифовки и/или воздействия лазера (чаще при несоблюдении рекомендаций врача); образование рубцов (теоретически могут появиться при присоединении инфекции и попытке самолечения, например, срывании корочек,

вскрытии пузырьков, использовании разнообразных местнодействующих веществ, несоблюдении рекомендаций врача).

- Мне известно, что при подборе такого индивидуального параметра лечения, как оптимальная для достижения максимального результата мощность используемого медицинского оборудования, возможные такие побочные явления, как ожог кожи, что может повлечь дополнительные финансовые и временные затраты с моей стороны. После проведения процедуры на подвергшихся обработке участках кожи могут наблюдаться обычные явления: покраснение, отечность, корочка, мокнутие, протекание кровянистых выделений. Это нормальная реакция кожи, которая проходит в срок до 14 дней, в зависимости от глубины воздействия (ускорять этот процесс нельзя, это может привести к рубцеванию); дискомфорта от гущины ошущения, такие как зуд, жжение и др. в месте воздействия проходят в течение 3-х дней. В течение 2-3 недель после отхождения корочки, кожа может быть покрасневшей. Это физиологично;
- Я понимаю, что медицинские специалисты примут все возможные меры по предупреждению осложнений. Настоящим я доверяю врачу изменить объем вмешательства в случае возникновения непредвиденных ситуаций в ходе медицинского вмешательства в соответствии с клинической ситуацией, его опытом, навыками и знаниями;
- Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о медицинском вмешательстве. Настоящим я заверяю и подтверждаю, что с предложенным медицинским вмешательством согласен(на). Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего медицинского вмешательства, и я согласен (на) на его проведение. Мне названы и со мной согласованы: технологии, методы, материалы, лекарственные препараты, медицинские изделия, оборудование, которые будут использованы в процессе медицинского вмешательства; сроки проведения медицинского вмешательства; стоимость медицинского вмешательства; ожидаемые результаты, риски, возможные осложнения;
- Со мною согласован и одобрен предложенный мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) план обследования, лечения (медикаментозного, косметического, хирургического). Мне объяснено, и я осознал, что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения плана лечения (в связи с необходимостью проведения дополнительных медицинских процедур и вмешательств, необходимость в которых невозможно в полной мере предвидеть заранее), и, как следствие, изменение продолжительности и стоимости медицинских услуг;
- Я осведомлен(а) о том, что лечение может быть многостадийным. Я информирован(а) о вероятности возникновения необходимости в дополнительном обследовании и/или лечении (в т.ч. хирургическое вмешательство) и/или консультации специалистов в процессе лечения и даю добровольное согласие на проведение необходимого по усмотрению врача общего и дополнительного клинического обследования при подготовке к операции и иным планируемым процедурам, лечению и консультациям в необходимых объемах. Мне понятна суть и характер указанных медицинских процедур;
- Я информирован(а) о возможном изменении плана и объема лечения в процессе предоперационного осмотра и (или) оперативного вмешательства и даю на это свое согласие;
- Я осведомлен(а), что кроме основного заболевания у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) имеется сопутствующая патология, а именно:
- Я согласен(а) с тем, что используемые технологии медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, при проведении предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) лечения, а также во время операции и в процессе послеоперационного лечения, даже в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований;
- Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь осложнения и побочные явления, а также противопоказания к лечению могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим 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;
- Мне разъяснено врачом, что им и привлекаемыми им специалистами будут предприняты усилия на основе использования высококачественной медицинской техники и эффективных препаратов для надлежащего выполнения запланированных процедур. Я понимаю, что врач не может дать мне гарантий относительно достижения желаемых результатов, особенностей и сроков моего восстановительного периода. Мне известно, что существует риск недостижения или неполного достижения желаемого

(указать при наличии)

эстетического результата, что может потребовать проведения дополнительных процедур. Осознавая сущность предлагаемой процедуры и уникальность собственного организма, понимаю, что возможны случаи не полного совпадения ожидаемого результата с фактическим результатом. Я достаточно информирован(а) и меня устраивает планируемый результат и продолжительность эстетического эффекта;

- Я предупрежден(а) по поводу того, что иногда в связи с тяжестью исходного состояния или при наличии у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) сопутствующих заболеваний возможно изменение плана хирургического вмешательства, в т.ч. в момент проведения операции, многостадийность хирургического лечения, нестандартное послеоперационное восстановление может потребовать дополнительного лечения и увеличить его сроки;

- Мне объяснено, и я понимаю, что во время проведения хирургического вмешательства и анестезии могут возникнуть обстоятельства, препятствующие выполнению данной операции, или выйдут ситуация, требующая частичного или полного изменения плана лечения, плана операции, анестезии, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В такой ситуации я даю согласие и доверяю врачу (лечащему врачу, хирургу, анестезиологу-реаниматологу) и их ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением, и выполнять любые действия, которые врач сочтет необходимым для улучшения моего состояния в том объеме, который определит лечащий врач и даю разрешение на привлечение для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо;

- Я даю добровольное согласие на местную анестезию при различных вмешательствах, если планом лечения не предусмотрено внутривенного, сочетанного или общего анестезиологического обеспечения. Я согласен(на) на проведение предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) лечения (хирургического вмешательства) при показаниях под анестезией (наркозом). О степени анестезиологического риска предупрежден(а) Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время его проведения. Я понимаю, что могут возникнуть побочные реакции на средства, используемые при проведении анестезии, операции и послеоперационного лечения;

- Я сообщаю врачу об известных мне аллергических реакциях:

(указать при наличии)

- Я сообщаю врачу обо всех имеющихся у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) заболеваниях:

(указать при наличии)

и о применяемых мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских препаратах:

(указать при наличии)

- Я сообщаю о своих вредных привычках (вредных привычках лица, законным представителем которого я являюсь)

(указать при наличии)

- Я сообщаю врачу обо всех сделанных ранее мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) эстетических процедурах, коррекциях и/или операциях:

(указать при наличии)

- Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, 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 (лицом, законным представителем которого я являюсь) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, включая любое и каждое состояние, способное послужить противопоказанием к операции, 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 неполнота информации, предоставленной мною врачу, может привести к серьезным хирургическим и послеоперационным осложнениям. Я предупрежден(а), что в случае неполной и недостоверной информации по вопросам состояния здоровья, в результате медицинского вмешательства

может ухудшиться результат лечения, могут возникнуть тяжкие последствия вплоть до летального исхода и/или наступить иное повреждение моего (лица, законным представителем которого я являюсь) здоровья. Я понимаю, что в случае невыполнения данного требования или сокрытия информации о состоянии здоровья, ответственность ложится на меня;

- Я осведомлен(а) и понимаю, что сущность предложенного медицинского вмешательства и сложность биологического организма человека, я согласен(на), что ожидаемый результат, а также его продолжительность может отличаться от полученного в результате вмешательства. Я знаю, что строгое соблюдение назначений и рекомендаций лечащего врача является необходимым условием для успешного результата, поэтому я беру на себя обязательство неукоснительно выполнять все требования ко мне (к лицу, законным представителем которого я являюсь). Я признаю, что несу ответственность за результаты медицинского вмешательства в случае отклонений с моей стороны (со стороны лица, законным представителем которого я являюсь) от предписаний лечащего врача.

- Я предупрежден(на) о том, что перед медицинским вмешательством обязательна предварительная консультация. Накануне вмешательства необходимо пройти лабораторные исследования; необходимо очистить область воздействия от декоративной косметики, антиперспирантов, кремов, автогара; предупредить врача о наличии татуажа. Накануне манипуляции воздержаться от приема алкогольных напитков, антикоагулянтов (аспирин, кардиомагнил, и др.), нестероидных противовоспалительных препаратов;

- Мне разъяснены рекомендации по соблюдению послеоперационного режима: воздержаться от использования декоративной косметики до 14 дней, скрабов, эксфолиантов, пилингов в течение 3-х месяцев;

- Мне разъяснено, что инсоляция может усилить рубцевание, изменить цвет кожи или замедлить заживление, что повреждающий эффект солнечного облучения действует даже при использовании защитного крема и одежды. В связи с чем избегать пребывания на солнце, воздействия ультрафиолетовых лучей в течение 1 месяца; воздержаться от посещения бассейна, сауны, бани в течение 1 месяца после манипуляции; исключить контакт кожи с водой до 7 суток, для очистки лица в этот период использовать жидкости, рекомендуемые врачом; воздержаться от интенсивных физических нагрузок в течение 14 дней; после отхождения корочек пользоваться фотоаппаратными средствами с фактором защиты 30-50 (при длительном пребывании на солнце наносить крем каждые 2 часа); для ускорения реабилитации после манипуляции рекомендуется использовать регенерирующие средства;

- Мне разъяснено и понятно следующее: длительность восстановительного периода зависит от степени выраженности изменений и индивидуальных особенностей кожи; косметический результат медицинского вмешательства зависит от индивидуальных особенностей моей кожи (кожи лица, законным представителем которого я являюсь); гормональный статус организма существенно влияет на достижение результата любой процедуры; эстетический эффект и его длительность от применения препарата, зависит от состояния кожи, возраста и образа жизни (курения, увлечения загаром, стрессов, резкой потери веса, частых авиалетов, посещения бани, нерегулярности процедур);

- Я предупрежден(а) о необходимости проведения в послеоперационном периоде регулярных консультаций и лечения у специалистов по имеющимся у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) заболеваниям, в связи с которым проведено лечение в Учреждении, а также по общим заболеваниям;

- Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача в послеоперационном периоде и обратиться к врачу, проводившему процедуру, если будут наблюдаться побочные реакции. Я осознаю, что самолечение и позднее обращение к врачу могут привести к развитию осложнений, требующих дополнительного лечения и материальных затрат;

- 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 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 уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, в том числе относительно режима, лечения, может снизить качество предоставленных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность завершения лечения в срок и отрицательные последствия для моего здоровья;

- Я предупрежден(а), что в случае проведения самостоятельных лечебных мероприятий, не назначенных и не рекомендованных лечащим врачом, ответственность за наступление последствий (осложнений, возникновения побочных эффектов, ухудшение первично достигнутых результатов и тому подобное) я беру на себя, понимая, что таковые не являются основанием для предъявления претензий Учреждению;

- Я извещен(а) о том, что все вышеперечисленное может привести к осложнениям состояния здоровья в восстановительном периоде, мне разъяснено, что, в связи с этим может потребоваться дополнительное лечение. Я осознаю, что для получения лучших результатов должен(на) до и после медицинского вмешательства неукоснительно исполнять все рекомендации, предписания и назначения лечащего врача;

- Мне объяснено, что решение о необходимости повторных процедур принимается врачом и может потребовать дополнительных материальных затрат;

- Мне разъяснено, и я осознаю(а), что окончательный результат медицинского вмешательства во многом зависит от индивидуальных физиологических особенностей организма и связанных с этим процессов заживления, и не может быть полностью спрогнозирован до начала лечения или во время него. Я понимаю, что степень проявления побочных эффектов находится в зависимости от индивидуальных особенностей моего организма;

- Я осознаю, что хирургические, послеоперационные и психологические факторы риска, связанные с коррекцией (лечением) эстетических недостатков и заболеваний, не могут быть полностью предсказуемыми, даже при согласованном планировании результата и совершенном техническом выполнении операции, и я принимаю такие условия;

- Мне разъяснено, что курение, применение некоторых медицинских препаратов и определенные заболевания (сахарный диабет, бронхиальная астма и пр.) могут привести к развитию осложнений общего и местного характера, и не может являться основанием для претензий к качеству оказанной медицинской услуги;

- Я понимаю, что возникновение возможных осложнений и дискомфортных состояний не является следствием оказания услуги, поскольку проведение медицинских манипуляций является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально;

- Я понимаю, что в случае обращения после оказания медицинских услуг в Учреждении в стороне от Учреждения без направления моего лечащего врача и проведения процедур, не согласованных с лечащим врачом, за качеством услуг сторонних специалистов и их последствия несут ответственность сторонние специалисты;

- Я ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка, установленного в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- Я согласен(на) на участие в рамках практической подготовки обучающихся - аспирантов Учреждения в оказании мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи, проведении обследования, на присутствии в процессе моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования врачей-ординаторов, а также на присутствие медицинских специалистов в целях использования результатов обследования 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 могут отказываться от участия врачей-ординаторов;

- Я даю согласие на использование моего изображения (изображения лица, законным представителем которого я являюсь) - клиническое фотографирование и/или видеозапись в медицинской документации, в научных и образовательных целях, с учетом сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимаю, что эти фотографии и/или видеозаписи являются частью медико-юридической документации и останутся собственностью Учреждения. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксации результатов медицинского вмешательства, в т.ч. для сравнительной оценки результатов (до, в процессе и после медицинского вмешательства). Если использование этих фотографий может оказаться полезным для научно-медицинских исследований, обучения и повышения квалификации хирургов, эти фотографии, видеозаписи или связанную с ними информацию можно публиковать на условиях анонимности в печатных изданиях (профессиональных журналах или медицинских книгах) и сети Интернет или использовать для обучения или любых других целей, которые Учреждение сочтет необходимыми. Мне разъяснено, что при любых подобных публикациях или использовании мои персональные данные не будут разглашены;

- Я информирован о том, что в случаях необходимости проведения морфологических исследований результаты должны быть получены мною лично либо представителем по доверенности, при невозможности даю свое согласие направлять результаты морфологических 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)

- Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право от него отказаться;

- Я согласен(а) на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных в соответствии с действующим законодательством;

- Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в Учреждении;

- Я выражаю свое несогласие со следующими пунктами:

(указать при наличии)

Дополнительная информация:

(указать нужное (при необходимости))

- Я утверждаю, что мне разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе, у меня была возможность обсудить мое состояние (состояние лица законным представителем которого я являюсь), я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинский(их) вмешательств(а), мною заданы все интересующие меня вопросы, не все вопросы мною получены все исчерпывающие понятные мне по содержанию и удовлетворившие меня ответы, разъяснения и рекомендации врача;

- Мне разъяснено значение всех методов лечения и по всем этапам лечения, мне понятен возможный риск предстоящего вмешательства, осложнения при проведении медицинский(их) вмешательств(а) и преимущества, которые могут быть результатом этих(их) видов(а) медицинский(их) вмешательств(а);

- Мне было предоставлено достаточно времени для ознакомления, обсуждения и принятия решения. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях;

- Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, данный документ мною прочитан и мне разъяснен, мне понятно содержание настоящего документа и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия и ознакомлен(а) до начала лечения, медицинский(их) вмешательств(а);

- 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 подтверждаю, что памятка с описанием оказываемой медицинской услуги, противопоказаний, возможных рисков и осложнений, рекомендуемом поведении в подготовительном и послеоперационном (восстановительном) периодах, мной получена, прочитана, мне разъяснена и понята. Я предупрежден(а), что в случае несоблюдения предписанных рекомендаций могут возникнуть осложнения;

- 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;

- Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Учреждения, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение и предоставленное согласие относительно проводимых со мной медицинских манипуляций;

- Настоящее согласие подписано мною на приеме у врача после проведения разъяснительной беседы. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Пациент

(законный представитель пациента)

(число, месяц, год)

(подпись)

(Ф.И.О.)

В присутствии переводчика

(для иностранных граждан)

(число, месяц, год)

(подпись)

(Ф.И.О.)

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 медицинского вмешательства и полностью отдает себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях. Пациент расписался в моем присутствии.

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

должность врача

Приложение № 34
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04 2026г. № 94

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство (оперативное лечение в Отделении реконструктивной
окулопластической и лазерной хирургии)**

Я пациент _____

(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - полностью)

Медицинская карта пациента (амбулаторная) № _____

от _____

(число, месяц, год)

дата рождения _____

(число, месяц, год рождения)

зарегистрирован(а) по адресу: _____

(адрес регистрации)

проживающий(ая) по адресу: _____

(адрес фактического проживания)

документ, удостоверяющий личность _____

(наименование, серия и номер документа)

выдан _____

(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 _____

(наименование, серия и номер документа)

выдан _____

(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)

находясь на лечении в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее - «Учреждение») даю информированное добровольное согласие на виды медицинского вмешательства, 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 медицинской помощи, утвержденной 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, внутрискожно).

- Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) лечение, все необходимые медицинские процедуры и мероприятия, связанные с коррекцией (лечением) моих эстетических недостатков и заболеваний, в соответствии с назначением врача по поводу:

(инициал, и т.п.)

и желаю получить следующие 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, показаний и противопоказаниях к выполнению медицинских(ого) вмешательств(а), а также разъяснен характер, порядок и содержание всех планируемых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному диагнозу, проводимых(ого) медицинских(ого) вмешательств(а);
- 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.
- Мне разъяснено, что противопоказаниями к медицинскому вмешательству (операции) являются: тяжелая сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и мочеполовой сферы; легочная, сердечная недостаточность; хронические заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации или обострения; острые заболевания; системные заболевания соединительной ткани бактериальные и вирусные инфекции; болезни крови, нарушения свертываемости крови; заболевания эндокринной системы, сахарный диабет в стадии декомпенсации; онкологические заболевания; наличие темнотрансмиссивных инфекций; беременность, период лактации; психические заболевания. Эпилепсия; планирование беременности в ближайшие 12 месяцев; прогрессирующие заболевания органа зрения; повышенное внутриглазное давление; синдром «сухого глаза»; кератоз, избыточное слезотечение; катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей; острые респираторные заболевания; повышение температуры тела; гнойничковые высыпания на коже лица; состояние иммунодефицита. Подписанием настоящего согласия я заверяю об отсутствии у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) указанных противопоказаний.
- Я ознакомлена с анализами и результатами исследований, подтверждающих поставленный мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) диагноз;
- Мне, в доступной для меня форме, разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также особенности подготовительного и восстановительного периодов, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;
- Я осознаю, что хирургия век не может остановить процесс старения, она не удалит «гусиные лапки» или другие морщины, не ликвидировать темные круги под глазами и не поднимет опущенные брови. Однако, она может уменьшить нависание кожи и мешки под глазами;
- Я проинформирован(а), 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 предупреждена о возможном снижении или потере чувствительности кожи в зоне операции (временном или постоянном), а также о временно возникающих болезненных ощущениях в зоне нарушения чувствительности кожи;
- Я информирован(а) об объеме, характере предлагаемого лечения, а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время проведения лечения;
- Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о перечне услуг, которые входят в лечение;
- Я предупрежден(а) о возможных рисках и преимуществах выбранного метода лечения, об альтернативных данному виду методах лечения, в т.ч. об отличиях, преимуществах и рисках по отношению к выбранному методу лечения;

- Я понимаю, что при проведении запланированных хирургических, лечебных и/или диагностических процедур существуют риски и опасность для моего здоровья. Я осознаю, что при проведении хирургических, лечебных и/или диагностических процедур не исключена возможность инфекционных, тромбоэмболических осложнений, жировой эмболии, кровотечения, анемии, аллергических реакций, смерти и иных неблагоприятных последствий. Я также понимаю, что возможны следующие осложнения и побочные явления в связи с планируемыми процедурами: послеоперационное присоединение инфекции; послеоперационное кровотечение; деформация мягких тканей; неврологические нарушения; неблагоприятное формирование послеоперационного рубца (плотные, красные, стягивающие ткани рубцы, формирование рубца в келоидный рубец и т.п.), что может быть связано с особенностью моего организма и может потребовать последующее дополнительное лечение (физиотерапевтическое или хирургическое); временная отечность; лимфостаз; образование локальных инфильтратов, внутривенных гематом; асимметрия; онемение (снижение или потеря чувствительности) или, ретробульбарная гематома; кровоизлияний (синяки); субконъюнктивальный, перiorбитальный, наоборот, болезненность отдельных зон, в течение неопределенного времени; скопление тканевой жидкости или крови в области операции, что может потребовать дренирования; уплотнение мягких тканей; снижение эластичности кожи; изменение цвета кожи; неудовлетворительные эстетические результаты; временное ослабление круговой мышцы глаза и/или мимической мускулатуры; сухость глаз; повышенное слезотечение; нежелательные изменения в области века (отставание века от глазного яблока); выворот нижнего века (эктропион); расхождение швов; диплопия (двоение в глазах); изменение формы глазной щели и/или нарушение смыкания глазной щели; временная или постоянная потеря зрения; блефароптоз (опущение века); лагофтальм (нарушение нормального смыкания века) и связанная с ним кератопатия; изменение остроты зрения, а также и иные последствия, не известные ранее и не перечисленные выше.
- Я осведомлена о риске расхождения кожных швов в послеоперационном периоде и возможной необходимости дополнительного лечения, в том числе хирургического, связанного с этим осложнением.
- Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего медицинского вмешательства, и я согласен(а) на его проведение. Мне названы и со мной согласованы: технологии, методы, материалы, лекарственные препараты, медицинские изделия, оборудование, которые будут использованы в процессе медицинского вмешательства; сроки проведения медицинского вмешательства; стоимость медицинского вмешательства; ожидаемые результаты; риски, возможные осложнения;
- Со мною согласован и одобрен предложенный мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) план обследования, лечения (медикаментозного, косметического, хирургического), стоимость и сроки оказания медицинских услуг, включая ожидаемые результаты, риски, возможные осложнения. Мне объяснено, и я осознаю, что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения плана лечения (в связи с необходимостью проведения дополнительных медицинских процедур и вмешательств, необходимость в которых невозможно в полной мере предвидеть заранее), и, как следствие, изменение продолжительности и стоимости медицинских услуг;
- Мне разъяснено о возможности проявления аллергии к пластырю, основному материалу или клею, продуктам крови, препаратам наружного применения или инфекционным препаратам. О том, что серьезные системные реакции, включая анафилактический шок, могут развиваться в ответ на препараты, применяемые во время операции или прописанные медикаменты. Мне объяснено, что аллергические реакции могут потребовать дополнительного лечения;
- Я осведомлен(а) о том, что лечение может быть многоэтапным. Я информирован(а) о вероятности возникновения необходимости в дополнительном обследовании и/или лечении (в т.ч. хирургическое вмешательство) и/или консультации специалистов в процессе лечения и даю добровольное согласие на проведение необходимого по усмотрению врача общего и дополнительного клинического обследования при подготовке к операции и иным планируемым процедурам, лечению и консультациям в необходимых объемах. Мне понятна суть и характер указанных медицинских процедур;
- Я информирован(а) о возможном изменении плана и объема лечения в процессе предоперационного осмотра и (или) оперативного вмешательства и даю на это свое согласие;
- Я осведомлен(а), что кроме основного заболевания у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) имеется сопутствующая патология, а именно:

(указать, при наличии)

- Я согласен(а) с тем, что используемые технологии медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, при проведении предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) лечения, а также во время операции и в процессе

послеоперационного лечения, даже в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований;

- Я понимаю, что дальнейшие изменения моего тела могут возникнуть в результате возраста, инсоляции, потери веса, беременности, менопаузы или других обстоятельств, не связанных с проведением операции;

- Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь осложнения и побочные явления, а также противопоказания к лечению могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диетическим 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;

- Мне разъяснено врачом, что им и привлекаемыми им специалистами будут предприняты усилия на основе использования высококачественной медицинской техники и эффективных препаратов для надлежащего выполнения запланированных процедур. Я понимаю, что врач не может дать мне гарантий относительно достижения желаемых результатов, особенностей и сроков моего восстановительного периода. Мне известно, что существует риск недостижения или неполного достижения желаемого эстетического результата, что может потребовать проведения дополнительных процедур. Осознавая сущность предлагаемой процедуры и уникальность собственного организма, понимаю, что возможны случаи не полного совпадения ожидаемого результата с фактическим результатом. Я достаточно информирован(а) и меня устраивает планируемый результат и продолжительность эстетического эффекта;

- Я предупрежден(а) по поводу того, что иногда в связи с тяжестью исходного состояния или при наличии у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) сопутствующих заболеваний, возможно изменение плана хирургического вмешательства, в т. ч. в момент проведения операции, многостадийность хирургического лечения, нестандартное послеоперационное восстановление может потребовать дополнительного лечения и увеличить его сроки;

- Мне объяснено, и я понимаю, что во время проведения хирургического вмешательства и анестезии могут возникнуть обстоятельства, препятствующие выполнению данной операции, или выявится ситуация, требующая частичного или полного изменения плана лечения, плана операции, анестезии, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В такой ситуации я даю согласие и доверяю врачу (лечащему врачу, хирургу, анестезиологу-реаниматологу) и их ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением, и выполнить любые действия, которые врач сочтет необходимым для улучшения моего состояния в том объеме, который определит лечащий врач и даю разрешение на привлечение для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо;

- Я даю добровольное согласие на местную анестезию при различных вмешательствах, если планом лечения не предусмотрено внутривенного, сочетанного или общего анестезиологического обеспечения. Я согласен(на) на проведение предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) лечения (хирургического вмешательства) при показаниях под анестезией (наркозом). О степени анестезиологического риска предупрежден(а). Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время его проведения. Я понимаю, что могут возникнуть побочные реакции на средства, используемые при проведении анестезии, операции и послеоперационного лечения;

- Я сообщаю врачу об известных мне аллергических реакциях:

(указать при наличии)

- Я сообщаю врачу обо всех имеющихся у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) заболеваниях:

(указать при наличии)

и о применяемых мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских препаратах:

(указать при наличии)

- Я сообщаю о своих вредных привычках (вредных привычках лица, законным представителем которого я являюсь)

(указать при наличии)

- Я сообщаю врачу обо всех сделанных ранее мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) эстетических процедурах, коррекциях и/или операциях:

(указать при наличии)

- Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, 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 (лицом, законным представителем которого я являюсь) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, включая любое и каждое состояние, способное послужить противопоказанием к операции, 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 неполнота информации, предоставленной мною врачу, может привести к серьезным хирургическим и послеоперационным осложнениям. Я предупрежден(а), что в случае неполной и недостоверной информации по вопросам состояния здоровья, в результате медицинского вмешательства может ухудшиться результат лечения, могут возникнуть тяжкие последствия вплоть до летального исхода и/или наступить иное повреждение моего (лица, законным представителем которого я являюсь) здоровья. Я понимаю, что в случае невыполнения данного требования или сокрытия информации о состоянии здоровья, ответственность ложится на меня;

- Я предупрежден(а) о необходимости проведения в послеоперационном периоде регулярных консультаций и лечения у специалистов по имеющимся у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) заболеваниям, заболеванию, в связи с которым проведено лечение в Учреждении, а также по общим заболеваниям;

- Мне разъяснены рекомендации по соблюдению послеоперационного режима: в первые сутки необходимо соблюдать покой (желательно постельный режим); далее соблюдать являющийся стрессом, который исключает занятия спортом, физические нагрузки, связанные с подъемом тяжестей, травмы, прием горячей ванны, посещение бани, сауны, сушку волос горячим феном и предполагает ограничения в сексуальных отношениях; соблюдать водно-солевой диеты в виде: исключения «острых» блюд, продуктов с большим содержанием соли и последнего употребления жидкости за 3 часа до сна; применение лекарственных средств, физиопроцедур только после назначения лечащего врача, не пользоваться декоративной косметикой без разрешения лечащего врача; не курить и не употреблять спиртные напитки; мыть голову первый раз после операции можно после согласования с врачом; защищать рубцы от попадания на них ультрафиолетовых лучей желательны 8-10 месяцев после операции с целью профилактики их пигментации; в течение первых 6 месяцев обязательно динамическое наблюдение у лечащего врача 1 раз в месяц или согласованное в индивидуальном порядке;

- Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача в послеоперационном периоде и обратиться к врачу, проводившему процедуру, если будут наблюдаться побочные реакции. Я осознаю, что самолечение и позднее обращение к врачу могут привести к развитию осложнений, требующих дополнительного лечения и материальных затрат;

- Я извещен(а) о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств;

- Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) рекомендаций врача. Рекомендации, необходимые к соблюдению перед и после проведенного медицинского вмешательства мной получены, они являются исчерпывающими, мне разъяснены и поняты;

- Я предупрежден(а), что в случае проведения самостоятельных лечебных мероприятий, не назначенных и не рекомендованных лечащим врачом, ответственность за наступление последствий (осложнений, возникновений побочных эффектов, ухудшение первично достигнутых результатов и тому подобное) я беру на себя, понимая, что таковые не являются основанием для предъявления претензий Учреждению;

- Я извещен(а) о том, что все выпетеречисленное может привести к осложнению состояния здоровья в послеоперационном периоде, мне разъяснено, что, в связи с этим может потребоваться дополнительное послеоперационное лечение. Я осознаю, что для получения лучших результатов должен(на) до и после хирургического лечения. Я понимаю, что решение о необходимости повторных процедур принимается врачом и может потребовать дополнительных материальных затрат.

- Мне разъяснено, и я осознаю(а), что окончательный результат медицинского вмешательства во многом зависит от индивидуальных физиологических особенностей организма и связанных с этим процессов заживления, и не может быть полностью спрогнозирован до начала лечения или во время него. Я понимаю, что степень проявления побочных эффектов находится в зависимости от индивидуальных особенностей моего организма.

- Я понимаю, что небольшая асимметрия тела, в т.ч. лица (практически незаметные различия в строении правой и левой половины) является нормальным физиологическим состоянием, обусловленным генетическими особенностями и эти различия могут сохраниться после проведения медицинского вмешательства;

- Я осознаю, что хирургические, послеоперационные и психологические факторы риска, связанные с омолаживающими операциями, не могут быть полностью предсказуемыми, даже при согласованном планировании результатов и совершенном техническом выполнении операций, и я принимаю такие условия;

- Мне разъяснено, что курение, применение некоторых медицинских препаратов и определенные заболевания (сахарный диабет, бронхиальная астма и пр.) могут привести к развитию осложнений общего и местного характера, и не может являться основанием для претензий к качеству оказанной медицинской услуги;

- Я понимаю, что возникновение возможных осложнений и дискомфортных состояний не является следствием некачественно оказанной услуги, поскольку проведение медицинских манипуляций является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально;

- Я понимаю, что в случае обращения после оказания медицинских услуг в Учреждении в стороне медучреждения без направления моего лечащего врача и проведения процедур, не согласованных с лечащим врачом, за качеством услуг сторонних специалистов и их последствия несут ответственность сторонние специалисты;

- Я ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка, установленного в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- Я согласен(на) на участие в рамках практической подготовки обучающихся - аспирантов Учреждения в оказании мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи, проведении обследования, на присутствии в процессе моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования врачей-ординаторов, а также на присутствие медицинских специалистов в целях использования результатов обследования 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 Учреждения. Я подтверждаю(а) о том, что на любом этапе обследования могу отказаться от участия врачей-ординаторов.

- Я даю согласие на использование моего изображения (изображения лица, законным представителем которого я являюсь) - клиническое фотографирование и/или видеозапись в медицинской документации в научных и образовательных целях с учетом сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимаю, что эти фотографии и/или видеозаписи являются частью медико-юридической документации и останутся собственностью Учреждения. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксации результатов медицинского вмешательства, в т.ч. для сравнительной оценки результатов (до, в процессе и после медицинского вмешательства). Если использование этих фотографий может оказаться полезным для научно-медицинских исследований, обучения и повышения квалификации хирургов, эти фотографии, видеозаписи или связанную с ними информацию можно публиковать на условиях анонимности в печатных изданиях (профессиональных журналах или медицинских книгах) и сети Интернет или использовать для обучения или любых других целей, которые Учреждение сочтет необходимыми. Мне разъяснено, что при любых подобных публикациях или использовании мои персональные данные не будут разглашены;

- Я информирован(а) о том, что в случаях необходимости проведения морфологических исследований результаты должны быть получены мною лично либо представителем по доверенности, при невозможности даю свое согласие направлять результаты морфологических 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 фамилию, имена, отчества - полностью)

- Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право от него отказаться;

- Я согласен(на) на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных в соответствии с действующим законодательством;

- Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в Учреждении;

- Я выражаю свое несогласие со следующими пунктами:

(указать при наличии)

Дополнительная информация:

(указать, в каком (при необходимости)

- Я утверждаю, что мне разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе, у меня была возможность обсудить мое состояние (состояние лица законным представителем которого я являюсь), я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинских(ого) вмешательства(а), мною заданы все интересующие меня вопросы, не все вопросы мною получены все исчерпывающие понятные мне по содержанию и удовлетворявшие меня ответы, разъяснения и рекомендации врача;

- Мне разъяснены значение всех методов лечения и по всем этапам лечения, мне понятен возможный риск предстоящего вмешательства, осложнения при проведении медицинских(ого) вмешательства(а) и преимущества, которые могут быть результатом эти(ого) вид(ов) медицинских(ого) вмешательства(а);

- Мне было предоставлено достаточно времени для ознакомления, обдумывания и принятия решения. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях;

- Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, данный документ мною прочитан и мне разъяснен, мне понятно содержание настоящего документа и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия и ознакомлен(а) до начала лечения, медицинских(ого) вмешательства(а);

- 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 подтверждаю, что памятка с описанием оказываемой медицинской услуги, противопоказаний, возможных рисков и осложнений, рекомендуемом поведении в подготовительном и послеоперационный периоды, мной получена, прочитана, мне разъяснена и понятна. Я предупрежден(а), что в случае несоблюдения предписанных рекомендаций могут возникнуть осложнения;

- 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;

- Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Учреждения, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение и предоставленное согласие относительно проводимых со мной медицинских манипуляций;

- Настоящее согласие подписано мною на приеме у врача 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 медицинского вмешательства и полностью

отдает себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях. Пациент расписался в моем присутствии.

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

Приложение № 35
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «04» 04 2026г. № 94

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство (инъекционная косметология)

Я пациент

(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - полностью)

Медицинская карта пациента (амбулаторная) № _____ от _____
(число, месяц, год)

дата рождения _____
(число, месяц, год рождения)

зарегистрирован(а) по адресу: _____
(адрес регистрации)

проживающий(ая) по адресу: _____
(адрес фактического проживания)

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

(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)	_____ выдан
документ, удостоверяющий личность _____ (наименование, серия и номер документа)	
_____ являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)	
Пациента _____	
_____ 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, утвержденной 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; тонометрия; выявление нарушений, требующих проведения косметологической коррекции; инвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; лабораторные методы обследования, в том числе электрокардиография; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно), - Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) **медицинского вмешательства** в соответствии с назначением врача по поводу:

(указать, мужское)

и желаю получить следующие медицинские услуги в Учреждении:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги		Стоимость		Общая стоимость
				услуги, без	услуг	

		налога (НДС), руб.	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 ним риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;

- Лечение врачом мне были разъяснены показания и цели введения препарата.

- Я предупрежден(а), что для достижения желаемого эффекта может потребоваться курс процедур.

- Я осознаю, что возможны болевые ощущения во время процедуры, реакции на процедуру в виде временной отечности, подкожных кровоизлияний, аллергических реакций. После процедуры в зоне обработки на коже могут оставаться следы в виде папул (округлых возвышений) до 2-3 мм в диаметре, а также могут наблюдаться мелкие гематомы и точечные следы в местах инъекций, покраснение, незначительная отечность и болезненность при прикосновении. Эти реакции являются нормальными. В случае продолжительной и нетипичной реакции необходимо обратиться к врачу, проводившему процедуру.

- Я предупрежден(а) о возможных побочных действиях: со стороны органов зрения возможны нечеткость зрения, птоз век, отек век, повышенное слезотечение, сухость глаза, подергивания мышц вокруг глаза, диплопия, глазодвигательные нарушения; со стороны нервной системы – головная боль, парез мышц лица; аллергическая реакция на компоненты препаратов, в т.ч. сыпь, кожный зуд, анафилактический шок.

- Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение процедуры сопряжено с потенциальной возможностью инфекционных осложнений, непреднамеренного причинения вреда здоровью. В ряде случаев могут потребоваться иные медицинские процедуры и мероприятия, в связи с возможными осложнениями, и даю свое согласие на это. Рекомендуемые дозы препарата для использования в эстетической медицине не вызывают системных побочных эффектов.

- Я проинформирован (а), 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 осознаю, что во время процедуры могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(на) на то, что ход процедуры может быть изменен врачом по их усмотрению.

- Я предупрежден(а) о том, что для профилактики инфицирования и для ускорения заживления после процедуры рекомендуется: не загорать на солнце или в солярии в течение 3-х недель (даже с солнцезащитными средствами); не купаться в открытых водоемах, море, бассейне, посещать баню в течение 2-х недель, не прикасаться к коже области обработки в течение 6 часов; уменьшить физическую нагрузку, поскольку из-за повышенной потливости кожа будет медленнее заживать в течение недели; ограничить использование в течение 24 часов после процедуры кремов и декоративной косметики; ограничить в течение 2-х недель принятие ванн, только душ; пользоваться специальными противовоспалительными, ранозаживляющими препаратами по рекомендации врача.

- Врач разъяснил мне, что после процедуры необходимо сохранять вертикальное положение тела в течение первых 4 часов, не массировать и не разминать места инъекций на протяжении первых суток, избегать приема алкоголя и воздействия высоких температур на область инъекций в течение первых двух недель из-за возможного уменьшения эффекта. Не применять антибиотики группы аминогликозидов и/или тетрациклинов в течение 4 месяцев.

- Я осведомлен(а) о том, что перед процедурой необходимо тщательно снять макияж, снять контактные линзы.

- Я предупрежден(а), что противопоказаниями являются: гиперчувствительность к компонентам препарата, воспалительный процесс в месте предполагаемой обработки; неполная реабилитация кожи после химических пилингов, дермабразии, шлиффов и других процедур в области предполагаемой обработки; возраст до 18 лет, беременность; лактация; нарушение свертываемости крови, системные

заболевания соединительной ткани в стадии обострения; обострения хронических заболеваний; ОРЗ; герпес; миазозы; прием антибиотиков – аминогликозидов и/или тетрациклинов, процедуры не проводятся параллельно с прививками, имплантацией зубов и в течение нескольких дней после удаления зуба; склонность к образованию келоидных и гипертрофических рубцов; анафилактический шок и полиаллергия в анамнезе; множественные неустойчивые стрептококковая инфекция в анамнезе.

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средств, проводившихся ранее переливаниях крови и её компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- 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 неблагоприятные последствия данного медицинского вмешательства.

- Я осведомлен(а) что кроме основного заболевания у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) имеется сопутствующая патология, а именно:

(указать какие именно патологии, в случае отсутствия каких-либо патологий указать: - нет)

- Я понимаю, что возможные противопоказания к лечению могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать денежных и временных затрат, возможна временная неуродоспособность, 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 даю добровольное согласие на местную анестезию при различных вмешательствах, если планом лечения не предусмотрено внутривенного, сочетанного или общего анестезиологического обеспечения. - Я извещен(а) о том, что мне необходимо немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств, - Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в Учреждении;

- Я ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка, установленного в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- Даю свое согласие на использование моего изображения (фотографии, видео) (изображения 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 видеозаписи останутся собственностью Учреждения. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Я согласен(на) на проведение фото- и видеосъемки во время обследования и публикации 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 морфологических исследований результаты должны быть получены мною лично либо представителем по доверенности, при невозможности даю свое согласие направлять результаты морфологических 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 фамилию, имя, отчество - по желанию)

- Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право от него отказаться.

Дополнительная информация:

Приложение № 36
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «01» 04 2026г. № 24

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство (аппаратная косметология)

Я пациент _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - полностью)

Медицинская карта пациента (амбулаторная) № _____ от _____
(число, месяц, год)

дата рождения _____
(число, месяц, год рождения)

зарегистрирован(а) по адресу: _____
(адрес регистрации)

проживающий(ая) по адресу: _____
(адрес фактического проживания)

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

(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 _____
(наименование, серия и номер документа) выдан _____

(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 медицинских услуг 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, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. № 390н (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно).

Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) аппаратной косметологической процедуры в соответствии с назначением врача по поводу:

и желаю получить следующие медицинские услуги в Учреждении:			Стоимость услуг, без налога (НДС), руб.		Общая стоимость без налога (НДС), руб.	
№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуг, без налога (НДС), руб.	Количество услуг		

Указать нужное (при необходимости)

- Я имею(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 методов лечения;

- Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения плана лечения (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 медицинскому вмешательству, мною заданы все интересующие меня вопросы, получены все исчерпывающие ответы и разъяснения врача по всем этапам медицинского вмешательства, мне понятен возможный риск предстоящего вмешательства, осложнения при проведении медицинского вмешательства и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства;

- Я принимаю решение приступить к лечению 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 врача 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 лечения и полностью отдал себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях. Пациент расписался в моем присутствии.

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

Примечание:
В случаях, когда необходимость проведения диагностического обследования неоплодотворенного 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.

[illegible]

- 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 врача 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 предлагаемой процедуры и полностью отдает себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях. Пациент расписался в моем присутствии.

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

Примечание:
В случаях, когда необходимость проведения диагностического обследования неопложна, 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 № 37
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «02» 04 2026г. № 04

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство (трансплантация органов и(или) тканей человека)**
Я _____ (Фамилия, имя, отчество при наличии решения) № _____ ОТ _____ (число, месяц, год)
Медицинская карта пациента (амбулаторная) № _____
дата рождения пациента
(реципиента) _____ (число, месяц, год)
зарегистрированный(ая) по адресу: _____ (адрес регистрации реципиента)
проживающий(ая) по адресу: _____ (указывается в случае проживания не по адресу регистрации)
документ, удостоверяющий личность _____ (паспортное, серия и номер документа) **выдан**

Этот раздел заполняется только на несовершеннолетних лиц, не достигших 18 лет, или совершеннолетних недееспособных граждан	
Я, _____ (Фамилия, имя, отчество (при наличии) одного из родителей или иного законного представителя реципиента)	_____ (число, месяц, год)
дата рождения одного из родителей или иного законного представителя пациента (реципиента)	_____
зарегистрированный(ая) по адресу: _____	_____ (адрес регистрации одного из родителей или иного законного представителя реципиента)
проживающий(ая) по адресу: _____	_____ (указывается в случае проживания не по адресу регистрации)
документ, удостоверяющий личность _____	_____ (паспортное, серия и номер документа) выдан
_____ (сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)	
являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) в отношении пациента (реципиента) _____ (Фамилия, имя, отчество (при наличии) реципиента)	
дата рождения пациента (реципиента) _____ (число, месяц, год)	
проживающего по адресу: _____ (в случае проживания не по адресу регистрации одного из родителей или иного законного представителя)	

даю письменное информированное добровольное согласие на трансплантацию мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) органов и (или) тканей человека (далее - трансплантация) в Чебоксарском филиале Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Учреждение) по поводу:

(основной диагноз)

и желаю получить следующие 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.

Объект трансплантации: роговица

Цели и метод медицинского вмешательства: цель медицинского вмешательства - восстановление прозрачности роговицы, и/или улучшение зрительных функций, и/или восстановление её анатомической целостности, и/или предотвращение прогрессирования заболевания роговицы. Кератопластика выполняется с/без применения фемтосекундного лазера (FS). Метод вмешательства — кератопластика: сквозная, глубокая передняя послойная (DALK), задняя послойная (DSEK), преддесцеметовая эндотелиальная (PDEK), десцеметовой мембраны с эндотелием (DMEK), лимбальная.

Риск, связанный с медицинским вмешательством: воспалительная реакция, повышение внутриглазного давления, кровоизлияние, несостоятельность швов, инфицирование, отторжение трансплантата, неприживление донорской ткани, васкуляризация роговицы, развитие помутнения хрусталика (катаракт), аллергические реакции, сосудистые нарушения (кровоотечение, тромбоз, окклюзия сосудов сетчатки, экссудативная геморрагия, ретробульбарная гематома, ишемическая нейропатия), отслойка соосистой оболочки, отслойка сетчатки, побочные эффекты от длительного применения кортикостероидов, необходимость повторного хирургического вмешательства, а также возможность отсутствия ожидаемого функционального эффекта.

Последствия медицинского вмешательства: послеоперационный период может сопровождаться временным снижением зрения, дискомфортом, болью в глазу или окологлазничной области, слезоточивостью, слезотечением, необходимостью длительного медикаментозного лечения и регулярных врачебных осмотров. Возможны изменения кривизны роговицы (астigmatизм), а также необходимость последующей коррекции зрения с помощью очков, контактных линз или дополнительного хирургического вмешательства, включая повторную кератопластику.

Возможные осложнения для здоровья реципиента в связи с предстоящим медицинским вмешательством: воспалительные заболевания (увеит, эндофтальмит, кератит, кератокератит), развитие глаукомы, катаракты, дисфункция трансплантата, помутнение трансплантата, перфорация роговицы с полной потерей органа зрения, несостоятельность швов; осложнения могут привести к частичной или полной потере зрения, а также потребовать проведения повторной кератопластики или других медицинских вмешательств на оперированном глазу.

Предполагаемые результаты медицинского вмешательства: при благоприятном течении послеоперационного периода возможно улучшение прозрачности роговицы и улучшение остроты зрения, однако степень восстановления зрения зависит от исходного состояния глаза, сопутствующих заболеваний и течения послеоперационного периода.

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 ним и риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;

- Я информирован(а) об объеме, характере предлагаемого лечения, а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время проведения лечения;

- Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о перечне услуг, которые входят в лечение;

- Я проинформирован (а), 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 предупрежден(а) о возможных рисках и преимуществах выбранного метода лечения. Мне разъяснено, и я осознаю(а), что окончательный результат медицинского вмешательства во многом зависит от индивидуальных физиологических особенностей организма и связанных с этим процессов заживления, и не может быть полностью спрогнозирован до начала лечения или во время него.

-Я осведомлен(а) о том, что лечение может быть многостадийным. Я информирован(а) о вероятности возникновения необходимости в дополнительном обследовании и/или лечении (в т.ч. хирургическое вмешательство) и/или консультации специалистов в процессе лечения и необходимых объемах обследований, лечения и консультаций в необходимых объемах;

- Я информирован(а) о возможном изменении плана и объема лечения в процессе предоперационного осмотра и (или) операционного вмешательства и даю на это свое согласие;

- Я осведомлен(а) что кроме основного заболевания у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) имеется сопутствующая патология, а именно:

(указать какое именно заболевание, в случае отсутствия каких-либо патологий указать: - нет)

- Я согласен(а) с тем, что используемые технологии медицинской помощи не могут полностью обеспечить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, при проведении предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) лечения, а также во время операции и в процессе послеоперационного лечения, даже в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований;

- Я понимаю, что возможные противопоказания к лечению могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим 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;

- Мне даны разъяснения, что хирургическое вмешательство вызовет некоторый дискомфорт в оперируемой области, возможно возникновение боли в глазу и прилегающих тканях;

- Я предупрежден(а) по поводу того, что иногда в связи с тяжестью исходного состояния или при наличии у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) сопутствующих глазных или общих заболеваний (например, сахарного диабета, гипертонической, ишемической болезни, гематологических, иммунных заболеваний и т.п.) возможно изменение плана хирургического вмешательства, в т.ч. в момент проведения операции, многоэтапность хирургического лечения, нестандартное послеоперационное восстановление может потребовать дополнительного лечения и увеличить его сроки;

- Мне объяснено, и я понимаю, что во время проведения хирургического вмешательства и анестезии могут возникнуть обстоятельства, препятствующие выполнению данной операции, или выявится ситуация, требующая частичного или полного изменения плана лечения, плана операции, анестезии, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В такой ситуации я даю согласие и доверяю врачу (лечащему врачу, хирургу, анестезиологу-реаниматологу) и их ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением, и выполнить любые действия, которые врач сочтет необходимым для улучшения моего состояния в том объеме, который определит лечащий врач и даю разрешение на привлечение для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо;

- Я понимаю, что до проведения операции при непрозрачности оптических сред, не во всех случаях возможно диагностическими исследованиями установить наличие других заболеваний глубжележащих структур, которые могут оказать существенное влияние на остроту зрения после операции;

- Я поставлен(а) в известность о том, что в связи с хирургическим вмешательством по поводу заболевания роговицы, не исключена возможность помутнения моего хрусталика (хрусталика лица, законным представителем которого я являюсь), что может потребовать его удаления как во время основной операции, так и в любые сроки после нее;

- Я даю добровольное согласие на местную анестезию при различных вмешательствах, если планом лечения не предусмотрено внутривенного, сочетанного или общего анестезиологического обеспечения. Я согласен(а) на проведение предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) лечения (хирургического вмешательства) при показаниях под анестезией (наркозом). О степени анестезиологического риска предупрежден. Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о

том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время его проведения;

- Я предупрежден о необходимости проведения в послеоперационном периоде регулярных консультаций и лечения у специалистов по имеющимся у меня глазным и общим заболеваниям;
- Мне разъяснены рекомендации по соблюдению послеоперационного режима: не давать большие зрительные нагрузки, физически не воздействовать на оперированный глаз – тереть его или нажимать, не поднимать тяжести; не засыпать лежа на стороне оперированного глаза; не пользоваться декоративной косметикой; не курить и не употреблять спиртные напитки.

(указать допустительные, при необходимости)

- Я извещен(а) о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласован с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств;

- Я добросовестно предоставляю(а) врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (лица, законным представителем которого я являюсь), обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемых) 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 сообщал(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я извещен(а) о том, что все вышеперечисленное может привести к снижению и даже потере зрения в послеоперационном периоде, мне разъяснено, что, в связи с этим может потребоваться дополнительное хирургическое лечение. Я осознал, что для получения лучших результатов должен(а) до и после операции неукоснительно исполнять все рекомендации, предписания и назначения лечащего врача, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждении, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения;

- 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 осознал, что в случае невыполнения мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) рекомендаций лечащего врача или сокрытия противопоказаний для лечения Учреждение не несет ответственности за неблагоприятные последствия данного медицинского вмешательства;

- Я проинформирован(а), что по повелу имеющегося у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в Учреждении;

- Я ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка, установленного в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- Я согласен(а) на участие в рамках практической подготовки обучающихся - аспирантов Учреждения в оказании мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи, проведении обследования, на присутствие в процессе моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования врачей-ординаторов, а также на присутствие медицинских специалистов в целях использования результатов обследования в учебном процессе, на исключительное 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 видеозаписи останутся собственностью Учреждения. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксации результатов медицинского вмешательства. Я согласен(а) на проведение фото- и видеосъемки во время обследования и публикации фотографий моих глаз (глаз лица, законным представителем которого я являюсь) на условиях анонимности проведения морфологических исследований

- Я информирован о том, что в случаях необходимости проведения морфологических исследований результаты должны быть получены мною лично либо представителем по доверенности, при

невозможности даю свое согласие направлять результаты морфологических исследований по каналам электронной почты по адресу:

(указать адрес электронной почты)

Врач-специалист, определенный для проведения медицинского вмешательства:

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, квалификационная категория (по специальности))

Лечащим врачом (врачом-специалистом):

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача либо врач-специалиста)

в доступной для меня форме предоставлена полная информация о целях, методах трансплантации органов и (или) тканей человека, связанном с ней риске, об объекте трансплантации, о возможных вариантах медицинского вмешательства в целях трансплантации органов и (или) тканей человека, о его последствиях, возможных осложнениях для здоровья реципиента в связи с предстоящим оперативным вмешательством, а также о предполагаемых результатах трансплантации.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в том числе в процессе проведения предтрансплантационного кондиционирования).

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, родителем (иным законным представителем) которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я сообщил лечащему врачу (врачу-специалисту) известные мне сведения о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, родителем (иным законным представителем) которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе о наличии аллергии (непереносимости), постоянном приеме лекарственных препаратов, употреблении алкогольной продукции, наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

Дополнительная информация:

- Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) офтальмологического обследования и получения(а) на них исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех методов лечения;
- Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения плана лечения (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 лечению, мною заданы все интересующие меня вопросы, получены все исчерпывающие ответы и разъяснения врача по всем этапам лечения, мне понятен возможный риск предстоящего вмешательства, осложнения при проведении операции и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства;
- Я принимаю решение приступить к лечению 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 лечения;

- 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 врача 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 лечения и полностью отдал 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 неоплодотворенная, 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.

ЗАЯВЛЕНИЕ об отказе пациента (законного представителя) от проведения медицинского вмешательства Я пациент _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) полностью) _____

медицинская карта пациента, получающего № _____ от _____
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 _____ (выпускное, серия и номер документа) _____

Выдан _____

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан	_____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя пациента - полностью)
документ, удостоверяющий личность	_____ (выпускное, серия и номер документа)
Выдан	_____
являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)	_____ (сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
Пациента	_____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - ребенка или недееспособного гражданина - полностью)
дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным	_____ (число, месяц, год рождения)

находясь на лечении (обследовании) в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее «Учреждение») отказываюсь от проведения мне медицинского вмешательства

(подпись медицинского вмешательства)

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

- Мне, согласно моей воле, в доступной для меня форме даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания, включая данные 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;
- Мне подробно, в доступной для меня форме, разъяснены возможные последствия моего отказа от предлагаемого медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния);
- 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;

- Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства (лечения) может отрицательно сказаться на состоянии моего (лица, законным представителем которого я являюсь) здоровья и даже привести к неблагоприятному исходу.
Возможные последствия отказа от медицинского вмешательства:

_____ (указываются врачом)

Дополнительная информация

- Я утверждаю, что мне разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе, мною заданы все интересующие меня вопросы, получены все исчерпывающие ответы и разъяснения врача;

- Я подтверждаю, что решение об отказе от медицинского вмешательства является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (лечения);

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

- Настоящее заявление подписано мною на приеме у врача 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 заявление 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 медицинского вмешательства и полностью отдает себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях отказа от медицинского вмешательства. Пациент (законный представитель) расписался в моем присутствии.

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

Приложение № 39
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «21» 04 2026г. № 94

АКТ

об отказе пациента (законного представителя) от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, отказа от медицинского вмешательства

Г. _____ (число, месяц, год)

Мною, _____ (полностью, Ф.И.О.)

в присутствии _____
(должность, Ф.И.О. присутствующих при отказе пациента от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, отказа от медицинского вмешательства)

составлен настоящий акт о нижеследующем:

В _____ (время: час, мин.) _____ (Ф.И.О. пациента, законного представителя пациента)

дата рождения _____ (число, месяц, год рождения)

зарегистрированный(ая) по адресу: _____ (адрес регистрации)

проживающий(ая) по адресу: _____ (адрес фактического проживания)

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

_____ (сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

обратившийся в Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее «Учреждение») был(а) ознакомлен(а) с содержанием информированного добровольного согласия от _____ на _____ (число, месяц, год) в Учреждении,

а также с текстом отказа от медицинского вмешательства от _____ (число, месяц, год)

В соответствии с частями 1, 4 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

_____ (Ф.И.О. пациента, законного представителя)

разъяснено, что необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, а также в доступной форме предоставлена полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, а также о последствиях отказа от медицинского вмешательства.

_____ (Ф.И.О. пациента, законного представителя)

разъяснены положения частей 9, 10 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предусматривающие случаи медицинского вмешательства без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя, а также порядок принятия решения о медицинском вмешательстве в таких ситуациях.

Ф. И. О. пациента, законного представителя)

отказался подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также отказ от медицинского вмешательства.

Свой отказ от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, отказа от медицинского вмешательства

Ф. И. О. пациента, законного представителя)

мотивировал:

(наименование, причина отказа пациента от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, отказа от медицинского вмешательства)

Настоящий акт составил:

Содержание данного акта подтверждаем личными подписями:

(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)
(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)
(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)

Приложение № 40

к приказу директора Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНПК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России от «08» 09 2026г. № 94

ЗАЯВЛЕНИЕ

об отказе пациента (законного представителя) от участия обучающихся в Учреждении в оказании медицинской помощи

Я пациент _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - полностью)

медицинская карта пациента (амбулаторная) № _____ от _____ (число, месяц, год)

дата рождения _____ (число, месяц, год рождения)

зарегистрирован(а) по адресу: _____ (адрес регистрации)

проживающий(ая) по адресу: _____ (адрес фактического проживания)

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

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан	
Я, _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя пациента - полностью)	Выдан _____ (наименование, серия и номер документа)
являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - ребенок или недееспособного гражданина - полностью)	
дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____ (число, месяц, год рождения)	

находясь на лечении (обследовании) в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНПК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее «Учреждение») и пользуясь своим правом, предусмотренным ч. 9 ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», отказываюсь от участия обучающихся в рамках практической подготовки по профессиональным образовательным программам медицинского образования в Учреждении в оказании мне медицинской помощи

Пациент _____ (наименование медицинского вмешательства)

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

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

(для иностранных граждан)

Пациент (законный представитель) расписался в моем присутствии.

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

Приложение № 41
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаз»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04 2026г. № 94

Согласие Пациента (законного представителя Пациента)
на обработку персональных данных

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)

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

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя пациента - полностью)

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

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____
(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

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

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (Пациента, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю свое согласие в целях оказания медицинских услуг, оператору - Федеральному государственному автономному учреждению «Национальный медицинский исследовательский центр «Мехотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаз» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, расположенному по адресу: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а (адрес юридического лица); 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10 (адрес Чебоксарского филиала), на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», то есть, на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные, адрес регистрации по месту жительства, пол, номер контактного телефона, реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), страхового номера индивидуального лицевого счета в Социальном фонде России - СФР (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медицинско-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально-занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Учреждением мне консультативной, лечебно-диагностической медицинской помощи предоставляю право медицинским работникам Учреждения передавать мои

персональные данные (Пациента, законным представителем которого я являюсь), и сведения, составляющие врачебную тайну, в интересах моего обследования (Пациента, законным представителем которого я являюсь) и лечения, страховым медицинским организациям (при наличии официального запроса), в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, в органы Фонда социального страхования, Министерство здравоохранения Российской Федерации и другие органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации.

Учреждение вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну органам, службам, предприятиям и учреждениям, если это не противоречит целям медицинской организации, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным соблюдать конфиденциальность.

Предоставляю Учреждению право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (Пациента, законным представителем которого я являюсь), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. В случае моего несогласия (законного представителя Пациента) на обработку персональных данных, Учреждение вправе не оказывать мне консультативные, медицинско-профилактические, лечебно-диагностические услуги.

Данное Согласие на обработку персональных данных вступает в силу с даты его подписания и действует до отзыва его Пациентом (законным представителем Пациента), хранится в Учреждении в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я, (законный представитель Пациента), вправе отозвать Согласие посредством составления соответствующего письменного заявления в адрес Учреждения по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручить лично под расписку работнику канцелярии Учреждения. В случае получения моего письменного заявления (законного представителя Пациента) об отзыве согласия, Учреждение прекращает обработку персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате.

Я, (законный представитель Пациента), удостоверяю, что:

- права как субъекта персональных данных мне разъяснены и мне понятны;
- на все вопросы я получил(а) понятные мне ответы;
- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Пациент (законный представитель Пациента)

_____ (подпись) _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется))
Контактный телефон: _____ (номер телефона)

Дата: _____ число _____ месяц _____ 20 _____ год

Приложение № 42
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от 04 » 04 2026г. № 34

Согласие Пациента (законного представителя Пациента)
на обработку персональных данных

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 _____
(наименование, серия и номер документа)

выдан _____

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

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя пациента - полностью)

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

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)

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (Пациента, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю свое согласие в целях оказания медицинских услуг, оператору - Федеральному государственному автономному учреждению «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации филиал (далее - Учреждение), расположенному по адресу: 127486, г. Москва, Бескуликовский бульвар, д. 59а (адрес юридического лица); 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10 (адрес Чебоксарского филиала); 428025, Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. М. Павлова, д. 25 (адрес ЛДЮ г. Чебоксары СЗР), на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», то есть, на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные, адрес регистрации по месту жительства, пол, номер контактного телефона, реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), страхового номера индивидуального лицевого счета в Социальном фонде России - СФР (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально-занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Учреждением мне консультативной, лечебно-диагностической медицинской помощи предоставляю право медицинским работникам Учреждения передавать мои

персональные данные (Пациента, законным представителем которого я являюсь), и сведения, составляющие врачебную тайну, в интересах моего обследования (Пациента, законным представителем которого я являюсь) и лечения, страховым медицинским организациям (при наличии официального запроса), в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, в органы Фонда социального страхования, Министерство здравоохранения Российской Федерации и другие органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации.

Учреждение вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну органам, службам, предприятиям и учреждениям, если это не противоречит целям медицинской организации, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным соблюдать конфиденциальность.

Предоставляю Учреждению право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (Пациента, законным представителем которого я являюсь), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. В случае моего несогласия (законного представителя Пациента) на обработку персональных данных, Учреждение вправе не оказывать мне консультативные, медико-профилактические, лечебно-диагностические услуги.

Данное Согласие на обработку персональных данных вступает в силу с даты его подписания и действует до отзыва его Пациентом (законным представителем Пациента), хранится в Учреждении в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я, (законный представитель Пациента), вправе отозвать Согласие посредством составления соответствующего письменного заявления в адрес Учреждения по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручить лично под расписку работнику канцелярии Учреждения. В случае получения моего письменного заявления (законного представителя Пациента) об отзыве согласия, Учреждение прекращает обработку персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате.

Я, (законный представитель Пациента), удостоверяю, что:

- права как субъекта персональных данных мне разъяснены и мне понятны;
- на все вопросы я получил(а) понятные мне ответы;
- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Пациент (законный представитель Пациента)

_____ (подпись) _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется))

Контактный телефон: _____ (номер телефона)

Дата: _____ число _____ месяц _____ 20 _____ год

Приложение № 43
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НИИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04 2026г. № 94

Согласие Пациента (законного представителя Пациента)
на обработку персональных данных

Я пациент _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) полностью)
медицинская карта пациента (амбулаторная) № _____ от _____ (число, месяц, год)
дата рождения _____ (число, месяц, год рождения)
зарегистрирован(а) по адресу: _____ (адрес регистрации)
проживающий(ая) по адресу: _____ (адрес фактического проживания)
документ, удостоверяющий личность _____ (паспортные, серия и номер документа) **выдан**
_____ (сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан
Я, _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя пациента - полностью)
документ, удостоверяющий личность _____ (записывание, серия и номер документа) **выдан**
_____ (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)

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (Пациента, законным представителем которого я являюсь), понимаю значение своих действий, даю свое согласие в целях оказания медицинских услуг, оператору - Федеральному государственному автономному учреждению «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Учреждение), расположенному по адресу: 127486, г. Москва, Чебоксарский филиал (далее - Учреждение), д. 59а (адрес юридического лица); 428028, Чувашская Республика, г. Мордовия, г. Саранск, Исторический проезд, д. 6 (адрес ЛДО г. Саранск), на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», то есть, на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные, адрес регистрации по месту жительства, пол, номер контактного телефона, реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), страхового номера индивидуального лицевого счета в Социальном фонде России - СФР (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медицинско-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально-занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Учреждением мне консультативной, лечебно-диагностической медицинской помощи предоставляю право медицинским работникам Учреждения передавать мои

персональные данные (Пациента, законным представителем которого я являюсь), и сведения, составляющие врачебную тайну, в интересах моего обследования (Пациента, законным представителем которого я являюсь) и лечения, страховых медицинским организациям (при наличии официального запроса), в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, в органы Фонда социального страхования, Министерство здравоохранения Российской Федерации и другие органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации.

Учреждение вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну органам, службам, предприятиям и учреждениям, если это не противоречит целям медицинской организации, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным соблюдать конфиденциальность.

Предоставляю Учреждению право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (Пациента, законным представителем которого я являюсь), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. В случае моего несогласия (законного представителя Пациента) на обработку персональных данных, Учреждение вправе не оказывать мне консультативные, медицинские, профилактические, лечебно-диагностические услуги.

Данное Согласие на обработку персональных данных вступает в силу с даты его подписания и действует до отзыва его Пациентом (законным представителем Пациента), хранится в Учреждении в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я, (законный представитель Пациента), вправе отозвать Согласие посредством составления соответствующего письменного заявления в адрес Учреждения по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручить лично под расписку работнику канцелярии Учреждения. В случае получения моего письменного заявления (законного представителя Пациента) об отзыве согласия, Учреждение прекращает обработку персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате.

Я, (законный представитель Пациента), удостоверяю, что:

- права как субъекта персональных данных мне разъяснены и мне понятны;
- на все вопросы я получил(а) понятные мне ответы;
- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Пациент (законный представитель Пациента)

(подпись)

(Фамилия, имя, отчество (если имеется))

Контактный телефон:

(номер телефона)

Дата:

число _____ месяц _____ год _____

Приложение № 44
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от 04 04 2026г. № 94

Согласие Пациента (законного представителя Пациента)
на обработку персональных данных

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(их) по адресу: _____ (адрес фактического проживания)

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

_____ (сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

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

Я, _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя пациента - полностью)

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

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) _____ (сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

Пациента _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - ребенка или недееспособного гражданина - полностью)

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

В соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (Пациента, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю свое согласие в целях оказания медицинских услуг, оператору - Федеральному государственному автономному учреждению «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации филиал (далее - Учреждение), расположенному по адресу: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а (адрес юридического лица); 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10 (адрес Чебоксарского филиала); 424000, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, Воскресенская набережная, д. 8 (адрес ЛДО г. Йошкар-Ола), на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», то есть, на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные, адрес регистрации по месту жительства, пол, номер контактного телефона, реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), страхового номера индивидуального лицевого счета в Социальном фонде России - СФР (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медицинские профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально-занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Учреждением мне консультативной, лечебно-диагностической медицинской помощи предоставляю право медицинским работникам Учреждения передавать мои

персональные данные (Пациента, законным представителем которого я являюсь), и сведения, составляющие врачебную тайну, в интересах моего обследования (Пациента, законным представителем которого я являюсь) и лечения, страховым медицинским организациям (при наличии официального запроса), в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, в органы Фонда социального страхования, Министерство здравоохранения Российской Федерации и другие органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации.

Учреждение вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну органам, службам, предприятиям и учреждениям, если это не противоречит целям медицинской организации, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным соблюдать конфиденциальность.

Предоставлю Учреждению право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (Пациента, законным представителем которого я являюсь), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. В случае моего несогласия (законного представителя Пациента) на обработку персональных данных, Учреждение вправе не оказывать мне консультативные, медицинские, профилактические, лечебно-диагностические услуги.

Данное Согласие на обработку персональных данных вступает в силу с даты его подписания и действует до отзыва его Пациентом (законным представителем Пациента), хранится в Учреждении в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я, (законный представитель Пациента), вправе отозвать Согласие посредством составления соответствующего письменного заявления в адрес Учреждения по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручить лично под расписку работнику канцелярии Учреждения. В случае получения моего письменного заявления (законного представителя Пациента) об отзыве согласия, Учреждение прекращает обработку персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате.

Я, (законный представитель Пациента), удостоверяю, что:

- права как субъекта персональных данных мне разъяснены и мне понятны;
- на все вопросы я получил(а) понятные мне ответы;
- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа,

полученные разъяснения мне понятны.

Пациент (законный представитель Пациента)

(подпись)

(Фамилия, имя, отчество (если имеется))

Контактный телефон:

(номер телефона)

Дата:

число _____ месяц _____ 20 _____ год _____

Приложение № 45
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от « 28 » 04 2026г. № 94

Согласие Пациента (законного представителя Пациента)
на обработку персональных данных

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 _____ (паспортное, серия и номер документа) выдан _____

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан
Я, _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя пациента - полностью)
документ, удостоверяющий личность _____ (паспортное, серия и номер документа) выдан _____
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)

В соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (Пациента, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю свое согласие в целях оказания медицинских услуг, оператору - Федеральному государственному автономному учреждению «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации филиал (далее - Учреждение), расположенному по адресу: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а (адрес юридического лица); 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10 (адрес Чебоксарского филиала); 603006, Нижегородская область, г. Нижний Новгород, пл. Свободы, д. 6 пом. ПП (адрес ЛДО г. Нижний Новгород), на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», то есть, на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные, адрес регистрации по месту жительства, пол, номер контактного телефона, реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), страхового номера индивидуального лицевого счета в Социальном фонде России - СФР (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально-занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Учреждением мне консультативной, лечебно-диагностической медицинской помощи предоставляю право медицинским работникам Учреждения передавать мои

персональные данные (Пациента, законным представителем которого я являюсь), и сведения, составляющие врачебную тайну, в интересах моего обследования (Пациента, законным представителем которого я являюсь) и лечения, страховым медицинским организациям (при наличии официального запроса), в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, в органы Фонда социального страхования, Министерство здравоохранения Российской Федерации и другие органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации.

Учреждение вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну органам, службам, предприятиям и учреждениям, если это не противоречит целям медицинской организации, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным соблюдать конфиденциальность.

Предоставляю Учреждению право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (Пациента, законным представителем которого я являюсь), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. В случае моего несогласия (законного представителя Пациента) на обработку персональных данных, Учреждение вправе не оказывать мне консультативные, медико-профилактические, лечебно-диагностические услуги.

Данное Согласие на обработку персональных данных вступает в силу с даты его подписания и действует до отзыва его Пациентом (законным представителем Пациента), хранится в Учреждении в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я, (законный представитель Пациента), вправе отозвать Согласие посредством составления соответствующего письменного заявления в адрес Учреждения по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручить лично под расписку работнику канцелярии Учреждения. В случае получения моего письменного заявления (законного представителя Пациента) об отзыве согласия, Учреждение прекращает обработку персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате.

Я, (законный представитель Пациента), удостоверяю, что:

- права как субъекта персональных данных мне разъяснены и мне понятны;
- на все вопросы я получил(а) полные мне ответы;
- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Пациент (законный представитель Пациента)

_____ (подпись) _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется))
Контактный телефон: _____ (номер телефона)
Дата: _____ число _____ месяц _____ год