



Чебоксарский филиал

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

П Р И К А З

12 июля 2018 г.

№ 221

Об утверждении Публичной оферты
о заключении договора об оказании
платных медицинских услуг

В целях достижения более взвешенного баланса интересов Учреждения и пациентов на этапе заключения договоров, обеспечения эффективности документооборота:

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить условия и текст Договора публичной оферты Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации(Чебоксарского филиала) о заключении договора об оказании платных медицинских услуг и приложений к нему.
2. Заведующей ВЦ Марковой З.Е. разместить текст Договора публичной оферты Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации о заключении договора об оказании платных медицинских услуг и приложений к нему на официальном сайте филиала в сети Интернет по адресу: www.mntkcheb.ru, а также сайте записи на прием <https://pass2mntk.ru>, на информационных стендах Филиала.
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора по организационно-клинической работе Батькова Е.Н.

Директор филиала

Н.П. Паштаев

ДОГОВОР ПУБЛИЧНОЙ ОФЕРТЫ

Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Чебоксарского филиала) о заключении договора об оказании платных медицинских услуг

1. Общие положения

1.1. Настоящий документ – публичная оферта, опубликованный в сети «Интернет» по адресам www.mntkcheb.ru, <https://pass2mntk.ru>, предоставляемый в целях ознакомления на информационных стендах Учреждения, а также любыми другими способами, распространяется на каждого Пациента, который обращается за оказанием платных медицинских услуг. По требованию Пациента данный договор может быть предоставлен ему в печатной форме.

1.2. В соответствии со ст. 437 Гражданского кодекса Российской Федерации данный документ, адресованный физическим лицам, именуемым далее по тексту "Пациент", является официальным, публичным и безотзывным предложением ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (Чебоксарского филиала), именуемого далее по тексту "Учреждение", в лице Директора Чебоксарского филиала Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации Паштаева Николая Петровича, действующего на основании Положения о филиале и Доверенности от 01.03.18 г. № 01-280, заключить договор на указанных ниже условиях.

1.2. Полным и безоговорочным акцептом настоящей публичной оферты является осуществление Пациентом первой оплаты предложенных Клиникой медицинских услуг в порядке, определенном в разделе 4 настоящего предложения (ст. 438 ГК РФ).

1.3. Акцепт оферты означает, что Пациент согласен со всеми положениями настоящего предложения, и равносителен заключению договора об оказании медицинских услуг.

1.4. В соответствии с ч.3 ст.434 ГК РФ письменная форма договора считается соблюденной при осуществлении Пациентом первой оплаты предложенных

Учреждением медицинских услуг в порядке, определенном в разделе 4 настоящего предложения (ст. 438 ГК РФ).

В соответствии с ч.3 ст.434 ГК РФ письменная форма договора считается соблюденной, если письменное предложение заключить договор принято в порядке, предусмотренном пунктом 3 статьи 438 настоящего Кодекса.

3. Совершение лицом, получившим оферту, в срок, установленный для ее акцепта, действий по выполнению указанных в ней условий договора (отгрузка товаров, предоставление услуг, выполнение работ, уплата соответствующей суммы и т.п.) считается акцептом, если иное не предусмотрено законом, иными правовыми актами или не указано в оферте.

2. Предмет Договора

2.1. В соответствии с настоящим Договором Учреждение обязуется оказывать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее – «услуги»), а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования Учреждения, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

2.2. Медицинские услуги оказываются в соответствии с требованиями Закона РФ от 07.02.1992 г. №2300-1 «О защите прав потребителей» и Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами предоставления платных медицинских услуг, утвержденных Правительством РФ (далее - Правила), лицензией на осуществление медицинской деятельности от 18 июня 2018 г. № ФС-27-01-000827, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, настоящим договором и приложениями к нему. Акцептом настоящего Договора Пациент подтверждает, что он ознакомился с вышеуказанными документами, размещенными на информационном стенде, и обязуется их соблюдать.

2.3. Пациент изъявляет добровольное согласие получить платные медицинские услуги в Учреждении. При этом ему разъяснено, что он имеет возможность получения бесплатных услуг в рамках "Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи".

2.4. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Пациенту, устанавливаются прейскурантом Учреждения, действующим на момент оказания услуг. По медицинским показаниям и/или с согласия Пациента ему могут быть оказаны и иные услуги, стоимость которых согласовывается Учреждением с Пациентом или его представителем дополнительно.

2.5. Пациент соглашается с тем, что проводимое Учреждением лечение не может полностью гарантировать достижение эффекта, так как при оказании медицинских услуг и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны

различные осложнения, а также с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма.

2.6. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

2.7. Приложение № 1 (Прейскурант), Приложение № 2 (Согласие на обработку персональных данных), Приложение № 3 (Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство), Приложение № 4 (Заявление на оказание платных медицинских услуг), являются неотъемлемыми частями настоящего договора.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Учреждение имеет право:

3.1.1. Самостоятельно определять характер и объем исследований и манипуляций, необходимых для установления диагноза, профилактики и лечения Пациента.

3.1.2. Вносить изменения в прейскурант услуг. Прейскурант является официальным документом Учреждения, содержит полный перечень услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего договора.

3.1.3. Не приступать к оказанию медицинских услуг или перенести срок оказания таких услуг на другое время, если Пациент не оплатил или не полностью оплатил медицинскую услугу.

3.1.4. При необходимости привлекать третьих лиц (медицинских специалистов, иные медицинские учреждения) для оказания услуг Пациенту.

3.1.5. Вносить изменения в план лечения и проводить дополнительное лечение, уведомив об этом Пациента и получив в необходимых случаях согласие Пациента.

3.1.6. Отказаться от предоставления Пациенту услуг, предусмотренных настоящим Договором в случае:

- невозможности обеспечения безопасного оказания медицинской услуги;
- отсутствия необходимых специалистов, оборудования, инструментария;
- при выявлении у Пациента заболевания, лечение которого возможно лишь в иных специализированных медицинских учреждениях;
- если медицинское вмешательство, по мнению врача, сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью Пациента или угрожает жизни Пациента;
- невыполнения Пациентом условий настоящего Договора.

3.1.8. В случае нарушения Пациентом предписаний, рекомендаций и назначений врача, отказаться от исполнения настоящего договора с момента обнаружения этих нарушений, если прекращение оказания медицинских услуг не угрожает

жизни Пациента и здоровью окружающих. При этом стоимость фактически оказанных услуг не возвращается, а Учреждение не несет ответственности за возможное ухудшение состояния здоровья Пациента.

3.1.9. Учреждение не имеет права на оказание медицинской услуги в случае отказа Пациента от подписания Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

3.2. Учреждение обязуется:

3.2.1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора и с соблюдением требований действующего законодательства при условии, что Пациент даст на это Информированное добровольное согласие.

3.2.2. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном действующим законодательством порядке.

3.2.3. Обеспечить Пациента информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы Учреждения, перечне услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов Учреждения.

3.2.4. Предоставлять Пациенту полную информацию о назначениях, методах лечения, действиях применяемых препаратов, возможных последствиях, а также рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

3.2.5. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию услуг силами собственных специалистов и/или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Учреждением договорные отношения.

3.2.6. Обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Пациента или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента.

3.2.7. Предоставить Пациенту для подписания Добровольное информированное согласие на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 4).

3.2.8. Обеспечить режим конфиденциальности о состоянии здоровья Пациента в соответствии с п.6 настоящего договора и законодательства о врачебной тайне.

3.3. Пациент имеет право:

3.3.1. Пациент имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся 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.

3.3.2. Пациент имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает консилиум, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Пациентом или его представителем, а также медицинским работником.

3.3.3. Самостоятельно, на основе действующего прейскуранта, определять перечень услуг, которые он желает получить в рамках настоящего договора, с учетом рекомендаций, полученных от медицинского персонала Учреждения.

3.3.4. По требованию Пациента настоящий договор может быть предоставлен ему в печатной форме.

3.3.5. Получить копию медицинской документации на бумажном носителе по документу, удостоверяющему личность.

3.3.6. Обратиться к руководству Учреждения с предложениями, жалобами, в том числе в случае претензий по объему и качеству оказанных медицинских услуг.

3.3.7. Пациент вправе отказаться от исполнения настоящего договора в порядке, установленном действующим законодательством.

3.4. Пациент обязан:

3.4.1. Пациент обязуется своевременно оплачивать услуги Учреждения в соответствии с условиями статьи 5 настоящего Договора.

3.4.2. Пациент обязуется заблаговременно информировать Учреждения о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения услуги.

3.4.3. Пациент обязан строго исполнять рекомендации и требования лечащего врача, а также информировать последнего об известных Пациенту аллергических реакциях на какие-либо лекарственные препараты, о перенесенных заболеваниях и возникших вследствие этого осложнениях.

3.4.4. Пациент обязуется предоставить Учреждению свои персональные данные в соответствии с п.6.1 настоящего Договора, надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Учреждение о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом настоящего Договора.

3.4.5. Пациент обязуется неукоснительно соблюдать Правила внутреннего распорядка Учреждения в течение всего периода пребывания в нем

3.4.6. Пациенту при посещении Учреждения запрещается: курить в помещениях Учреждения, пользоваться открытым пламенем (спичками, зажигалкой и пр.), приносить с собой легковоспламеняющиеся и горючие жидкости, приходить в состоянии алкогольного, наркологического, токсического опьянения.

4. Условия и порядок оказания услуг.

4.1. Учреждение оказывает услуги по настоящему Договору в помещениях Учреждения, а также в медицинских учреждениях, имеющих с Учреждением соответствующие договоры.

4.2. Учреждение оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Учреждения и доводятся до сведения Пациента.

4.3. В случае опоздания Пациента более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному Пациенту времени получения услуги, Учреждение оставляет за собой право на перенос или отмену записи Пациента на прием.

4.4. Учреждение оставляет за собой право изменять время оказания услуг по предварительному согласованию с Пациентом, а также право внеочередного приема Пациента с симптомами острого заболевания.

5. Порядок расчетов

5.1. Срок оказания услуг: в течение двух недель с момента подписания договора.

5.2. Продление срока оказания услуг осуществляется по медицинским показаниям и оформляется дополнительным соглашением сторон к договору.

5.3. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании действующего на день оказания услуг Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, и указана в приложениях к настоящему договору.

5.4. Пациент обязан оплатить выполненную Учреждением в полном объеме работу после ее принятия пациентом. С согласия Пациента работа может быть оплачена им при заключении договора в полном размере или путем выдачи аванса. Оплата производится на лицевой счет Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения, либо посредством банковской платежной карты согласно действующему Прейскуранту.

5. Учреждение производит отметку о стоимости услуги в медицинской карте амбулаторного больного или в медицинской карте стационарного больного, на руки Пациенту выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

5.6. Оказываемые по настоящему Договору услуги могут быть оплачены за Пациента иным физическим или юридическим лицом.

5.7. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Учреждение информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает Учреждению фактически понесенные Учреждением расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6. Конфиденциальность

6.1. В целях исполнения настоящего Договора публичной оферты (предложения) в соответствии с пунктом 5 статьи 6, а также статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, на период действия настоящего Договора Пациент предоставляет Учреждению свои персональные данные (в том числе фамилия, имя, отчество, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации и адрес проживания, контактные данные и прочее) и дает свое согласие на обработку персоналом Учреждения своих персональных данных, а также специальных персональных данных, касающихся состояния здоровья Пациента, в целях получения услуг, оказываемых Учреждением. Указанное согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных Пациента, которые необходимы для достижения вышеуказанных целей, включая без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с персональными данными в соответствии с действующим законодательством. Обработка персональных данных осуществляется Учреждением следующими способами: обработка персональных данных с использованием средств автоматизации, обработка персональных данных без использования средств автоматизации (неавтоматизированная обработка). При обработке персональных данных Учреждение не ограничено в применении способов их обработки. Пациент выражает согласие, что в случае необходимости в целях исполнения настоящего Договора Учреждение вправе предоставить персональные данные Пациента третьему лицу (в т.ч. дочерним и зависимым), их агентам и иным уполномоченным ими лицам.

6.2. Стороны принимают взаимные обязательства по сохранению в тайне любой информации, полученной от другой Стороны при исполнении условий настоящего договора.

6.3. Передача информации третьим лицам, либо иное разглашение, особенно, публичное, информации, признанной настоящим договором конфиденциальной, может производиться только после получения письменного согласия второй Стороны.

6.4. Конфиденциальной, согласно настоящему договору, считается информация:

-информация о состоянии здоровья Пациента, диагнозе, методах лечения, а также иная информация, полученная во время его обследования и лечения (врачебная тайна);

-об оплатах услуг, произведенных Пациентом или иных лиц за него.

6.5. С согласия Пациента или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

6.6. Предоставление информации, содержащейся в медицинских документах Пациента, составляющей врачебную тайну, без согласия Пациента или его представителя допускается в целях обследования и лечения Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

6.7. Результаты медицинских обследований персоналом Учреждения по телефону Пациентам не сообщаются.

7. Ответственность сторон

7.1. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая обязательства по настоящему Договору, несет ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.2. Учреждение освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

7.3. При возникновении задолженности Пациента за оказанные услуги Учреждения, последний имеет право приостановить дальнейшее оказание услуг по настоящему Договору до полной оплаты Пациентом уже оказанных Учреждением услуг.

7.4. В случае невыполнения Пациентом два и более раз рекомендаций и требований медицинского персонала Учреждения, последний имеет право расторгнуть настоящий Договор в одностороннем внесудебном порядке.

7.5. Сторона считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, вправе направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в установленном законом порядке.

7.6. Учреждение не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения Пациентом рекомендаций по лечению и совершения иных действий, направленных на ухудшение здоровья Пациента.

7.7. Учреждение не несет ответственности также в случаях медицинского вмешательства третьих лиц после оказания услуг Учреждением.

7.8. Учреждение не несет ответственности, если до оказания медицинской услуги Пациент не исполнил обязанность по информированию врача о перенесенных

заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, если неэффективность оказанной медицинской услуги или причиненный вред явились следствием отсутствия у врача такой информации.

7.9. Учреждение не несет ответственности за последствия в случае информированного отказа Пациента от лечения.

7.10. При отказе Пациента от прохождения курса лечения, при возникновении осложнений, Учреждение не несет ответственность за дальнейшее состояние здоровья Пациента.

7.11. Учреждение не несет ответственность за наступление от применения лекарственных средств и препаратов побочных эффектов, на возможность наступления которых изготовитель таких лекарственных средств и препаратов указывал в аннотации к ним.

7.12. В остальных случаях стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

7.13. В случае причинения ущерба имуществу Учреждения Пациент обязан возместить причиненный ущерб в полном объеме.

8. Рассмотрение споров

8.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования споров путем переговоров, все споры сторон по настоящему договору и в связи с ним, по которым стороны не могут прийти к обоюдному согласию, подлежат разрешению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

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

ГРН и дата внесения в ЕГРЮЛ записи,

содержащей указанные сведения -

Регистрирующий орган -

9187746466536 от 28.02.2018 г.

Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве
125373, г.Москва, Походный проезд,
домовладение 3, стр.2.

ИНН 7713059497/КПП 213002001

ОКОНХ 95120 ОКПО 05332385

ОГРН 1027739714606

Юридический адрес: 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а

Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, проспект Тракторостроителей, д. 10

Банковские реквизиты:

Л/с 30156Э31560 в УФК по Чувашской Республике

Р/с 40501810800002000001 в Отделении – НБ Чувашская Республика, г. Чебоксары

БИК 049706001, ОКПО 00884364

Директор Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.Федорова» Минздрава России Паштаев Николай Петрович

Лицензия на осуществление медицинской деятельности от 18 июня 2018 г. № ФС-27-01-000827, выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Территориальный орган Росздравнадзора по Хабаровскому краю и Еврейской автономной области, 680000, г. Хабаровск, ул. Петра Комарова, д. 6, офис № 104, тел/факс: 8(4212) 75-22-30; 75-22-26, электронная почта: info@reg27.roszdravnadzor.ru)

Перечень работ (услуг) предусмотренный лицензией:

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, медицинской оптике, операционному делу, анестезиологии и реаниматологии, организации сестринского дела, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, пластической хирургии, стоматологии общей практики, стоматологии терапевтической, анестезиологии и реаниматологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, стоматологии терапевтической, анестезиологии и реаниматологии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании

специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, медицинской оптике, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, офтальмологии, сестринскому делу, стоматологии терапевтической, анестезиологии и реаниматологии, терапии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: изъятию и хранению органов и (или) тканей человека для трансплантации, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, медицинской оптике, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, офтальмологии, пластической хирургии, сестринскому делу, анестезиологии и реаниматологии, стоматологии терапевтической, терапии, транспортировке органов и (или) тканей человека для трансплантации; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: офтальмологии, хирургии (трансплантации органов и (или) тканей). При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи.

Лицензия на осуществление медицинской деятельности от 27 октября 2017 г. № ФС-40-01-000744, выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Калужской области, 248000, г. Калуга, ул. Вилонова, д. 46, Телефон: 8(4842)55-18--00; 76-40-02; факс: 8(4842) 76-40-03, электронная почта: info@reg40.roszdravnadzor.ru).

Перечень работ (услуг) предусмотренный лицензией:

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской статистике, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: диетологии, пластической хирургии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике, организации здравоохранения и общественному здоровью, офтальмологии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, анестезиологии и реаниматологии, функциональной диагностике. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике, организации здравоохранения и

общественному здоровью, организации сестринского дела, офтальмологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, анестезиологии и реаниматологии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: эндокринологии, диетологии, пластической хирургии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике

Приложение № 1 (Прейскурант)

Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся) пациент _____, карта пациента № _____,
 _____ г.р., проживающий (ая) по адресу _____, паспорт _____, выдан

Я, законный представитель(опекун) _____
проживающий по адресу _____
паспорт _____ № _____, выдан _____
представляющий интересы _____
г.р., паспорт (свидетельство о рождении) _____ № _____, выдан(о) _____

действующий на основании _____

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку **Федеральным государственным бюджетным учреждением «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации** (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией <название> и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет <двадцать пять лет>.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной <дата> и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный(е) телефон(ы) <...> и почтовый адрес <...>

Подпись субъекта персональных данных _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, нижеподписавшийся(ая) пациент _____, дата рождения _____._____._____ г.р., проживающий(ая) по адресу _____, Паспорт гражданина РФ серия _____ № _____, выдан _____

_____ г.

Я, законный представитель(опекун) _____
проживающий по адресу _____
паспорт _____ № _____, выдан _____
представляющий интересы _____
г.р., паспорт (свидетельство о рождении) _____ № _____, выдан(о) _____,

действующий на основании _____

желаю получить медицинские услуги в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им.акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее «Учреждение»), 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 заболевания (заболевания представляемого), 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, остатки хрусталиковых масс, птоз верхнего века;

- Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства в соответствии с договором.

- Я информирован о целях, объеме, характере предлагаемого лечения, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения лечения. Я осведомлен о том, что лечение может быть многоэтапным. Кроме того я предупрежден, что в случае необходимости мне (представляемому) может понадобиться дополнительное лечение (хирургическое вмешательство):

- Я выражаю свое добровольное согласие на сдачу анализов;

- Я информирован о вероятности возникновения необходимости в дополнительном обследовании и консультациях специалистов в процессе лечения и согласен на все виды этих обследований и консультаций в необходимых объемах:

- Я предупрежден о необходимости проведения в послеоперационном периоде регулярных консультаций и лечения у специалистов по имеющимся у меня глазным и общим заболеваниям;

- Я извещен о том, что мне (представляемому) необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств;

- Я поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я согласен на проведение предлагаемого мне (представляемому) лечения (хирургического вмешательства) при показаниях под анестезией (наркозом). О степени анестезиологического риска предупрежден;

- Я согласен с тем, что используемая медицинская помощь не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма при лечении и сопутствующими общесоматическими заболеваниями;

- Я согласен на проведение предлагаемых мне (представляемому) медицинских услуг при показаниях под анестезией (наркозом), о степени анестезиологического риска предупрежден (вид анестезии - _____);

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;
- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода.
- Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению.
- Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого, мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие медицинское вмешательство в предложенном мне (представляемому) объеме;
- Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем (представляемого) диагнозе, степени тяжести и характере моего (представляемого) заболевания родственникам, законным представителям, гражданам:

(Перечислить фамилии, имена, отчества - полностью)

- Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне (представляемому) лечения и получил на них исчерпывающие ответы.
- Я подтверждаю, что решение о получении мною медицинских услуг является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли.

Пациент (законный представитель) _____ / _____

«__» _____ 20__ г.

Настоящее согласие подписано Пациентом (законным представителем) на приеме после проведения мною разъяснительной беседы, в процессе которой Пациент (законный представитель) получил полную и подробную информацию об особенностях предлагаемого обследования и полностью отдает себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

Пациент (законный представитель) расписался в моем присутствии.

Врач _____

ПРИМЕЧАНИЕ: В случаях, когда необходимость проведения медицинского вмешательства неотложна, а:

- отсутствует законный представитель лиц, не достигших совершеннолетнего возраста, или недееспособных граждан
- состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, вопрос о медицинском вмешательстве 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 оказание платных медицинских услуг

Я, нижеподписавшийся(аяся) пациент _____, дата рождения ____ . ____ . ____ г.р., проживающий(ая) по адресу _____, Паспорт гражданина РФ серия ____ № _____, выдан _____ . ____ . ____ г.

Я, законный представитель(опекун) _____
проживающий по адресу _____
паспорт № _____, выдан _____
представляющий интересы _____
г.р., паспорт (свидетельство о рождении) № _____, выдан(о) _____

действующий на основании _____

изъявляю добровольное желание получить платные медицинские услуги в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им.акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее - МНТК "Микрохирургия глаза"). При этом мне разъяснено и мною осознано, что я имею возможность получения бесплатных услуг в рамках "Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи". Я информирован о том, что услуги в рамках "Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи" я могу получить в порядке очереди по направлению органов управления здравоохранения по месту жительства или направлению Министерства здравоохранения Российской Федерации. Однако желаю получить медицинскую услугу (диагностику, обследование лечение, госпитализацию) в ближайшие сроки.

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

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

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое добровольное согласие на их оплату в кассу МНТК "Микрохирургия глаза".

Настоящее согласие подписано мною на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Пациент (законный представитель) _____ / _____
 «__» _____ 20__ г.