

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



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

Чебоксарский филиал

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

П Р И К А З

«22» апрель 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;

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

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

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

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

- Соглашения 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

к приказу директора Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России от « 22 » 04. 2026 г. № 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, участвовавшего в медицинской помощи в амбулаторных условиях № _____

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я пациент _____ (Фамилия, имя, отчество (если известно) - 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)

_____ (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 известно) 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 известно) 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»

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 Приказом Минздрава России от 23.12.2020 № 1363н «Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учреждений 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 информационно-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-фтизиатолога) 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: _____ (сумма прописью)					

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

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 «22» 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, получавшего 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) полностью)

дата рождения _____

(число, месяц, год рождения)

зарегистрирован(а) по адресу: _____

(адрес регистрации)

проживающий(ая) по адресу: _____

(адрес фактического проживания)

документ, удостоверяющий личность _____

(индентификация, серия и номер документа)

(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 _____

(индентификация, серия и номер документа)

(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.

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 наименование 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 название Территориальной программы Минздрава Марий Эл или Территориальной программы Минздрава Республики)

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 _____

(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 «22» 04. 2026 г. № 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 № ЛО41-00110-47/00-57403-4 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 Гражданин(ка) _____ (Фамилия, имя, отчество (если известно) - 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

Да, _____	Выдан _____ (инициалы, серия и номер документа)
Документ, удостоверяющий личность _____	
являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, почитателем)	
Пациента _____ (Фамилия, имя, отчество (если известно); 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», 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://minkhebr.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, 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 услуги	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____

(сумма прописью)

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

2. 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, исполнителем 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, исполнителем 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 пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, на руки Пациенту (законному представителю Пациента) выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых 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, 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, обостренных 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 соглашаются на расторжение 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, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результаты 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;
- безоплатательно 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 медицинской услугам соответствующего вида;
- предоставлять Пациенту (законному представителю Пациента) бесплатно, доступную и достоверную информацию о режиме работы, предоставляемых услугах с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения услуги, 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 нулю информации, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (информация размещена на сайте в сети Интернет: <https://pmlkclber.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)

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 все известные 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, получаемого медицинскую помощь в амбулаторных условиях и/или медицинской карты пациента, получаемого 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 уходу на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждении, и иные, влияющие на состояние здоровья и результаты 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 доопределение, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистом Учреждения, оказывающим 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 медицинским эвакуацией в автомобиле 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 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, соблюдения 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 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, прямых или косвенных образом влияющих на состояние здоровья; и результатов лечения; неисполнения Пациентом (законным представителем Пациента) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Учреждения.

6. Срок действия договора и порядок расторжения спора

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 привлечением независимой экспертизы.

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

7. Общие условия

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

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинских услуг 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 государственного гарантийного 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 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 ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, обновлены 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 непочтоуемых 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://mptskbf.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.

Применение:

Пункты 7.2. и 7.3. применяются при условии, если медицинские услуги предоставляются 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 кнеше 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 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.

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 равную силу 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, Бескудникский б-р, 59А.

Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 102773971146006

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

Учреждение:

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

Пациент (законный представитель):

Фамилия имя отчество (при наличии)

документ, удостоверяющий личность: паспорт/паспорт/иные, серия номер

Чебоксарский филиал ФГУУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Юридический адрес: 127486, г. Москва, Бескудникский бульвар, д. 59А
Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:
Л/с 30156531560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810745370000024
в ОКШ № 1 ВПУ Банка России/УФК по Нижегородской области, г. Нижний Новгород
Р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

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

определить о дате выдачи документа и выдающим его органе
Зарегистрирован(а) по адресу:

Укажите адрес регистрации
Проживающий по адресу:

Укажите адрес проживания

телефон

адрес электронной почты (если имеется)

Приложение № 4
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04. 2026 г. № 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 № 1041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: «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 известно) - 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, _____ (Фамилия, имя, отчество (если известно) - полностью)	выдан
документ, удостоверяющий личность _____ (наименование, серия и номер документа)	
являюсь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____ (Фамилия, имя, отчество (если известно) - полностью или несовершеннолетнего гражданина - полностью)	
дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____ (число, месяц, год, рожденья)	
именуемый(ая) в дальнейшем законный представитель Пациента, _____ (Фамилия, имя, отчество (если известно) - полностью)	
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://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).

1.2. 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.

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 услуги.
- 2.2. 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.
- 2.3. 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 Пациента (законному представителю Пациента) выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной банк 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 государственных гарантий 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 употребление 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;

- безоплатательно и безвозмездно, в случае возникновения неотложных состояний, определять объем диагностических исследований, мануальных, 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.

3.2. 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) бесплатно, доступно 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 новую информацию, публикуемую Правителями предоставления медицинских услуг организациями платных медицинских услуг (информация размещена на сайте в сети Интернет: <https://minkorob.ru>, информационный 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, 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).

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 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;

- 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.

4.2. 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), протivoпоказаний, 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 выносить 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, рекомендации 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, которое 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 доведение, а также соглашаться с лечащим врачом и/или специалистами Учреждения, оказывающими медицинскую помощь, употреблением 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 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.

5.4. Учреждение не несет ответственности в случаях осложненной 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 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. 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.

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 привлечением 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 11.05.2013 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 указанных (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 профессиональным образованием и квалификацией); 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 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;

- предупреден(а) и осознает, что медицинская услуга является специфическим видом деятельности, по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, подверженные влиянию неуправляемых факторов и явлений, не поддающихся 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 непрогнозируемых обстоятельств, в связи с чем Учреждение даже при надлежащем выполнении своих обязательств по договору, правильной эксплуатации установленного оборудования и правил, современных технологий и достигнутый медицинский 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://miskcheb.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 уведомит Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указанных (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 определенных 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, представляемый посредством копии с факсимильной 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 согласие, своей волей и в своем интересе бессрочно 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 равною силу 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

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

Пациент (законный представитель):

Фамилия имя отчество (при наличии) _____
документ, удостоверяющий личность, идентификация, серия номер _____

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе _____

Зарегистрирован(а) по адресу: _____

указан адрес регистрации

Проживающий по адресу:

указан адрес проживания

телефон

адрес электронной почты (если имеется)

Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
Адрес ДПО г. Чебоксары (СЗР): 428025, Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. М. Павлова, д. 25
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:
Д/с 30156331560,
в УФК по Чувашской Республике
К/с 40102810745370000024
в ОЖП № 1 ВПГУ Банка России/УФК по Нижегородской области, г. Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
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. 2026 г. № 94

ДОГОВОР № _____
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 № 1041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: «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 известно) - 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, _____ (Фамилия, имя, отчество (если известно) - полностью)	Выдан _____ (наименование, серия и номер документа)
Документ, удостоверяющий личность _____	
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 _____ (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. 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://minkcheb.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, 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 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.

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 часам:

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 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).

2.4. 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, 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 выманивания 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;
- безоплатательно 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 медицинских работах, 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://lphkshelb.ru>, информационные стенды/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 взымания 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)

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 взымания 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.

4.2. Пациент (законный представитель Пациента) обязан:

- приобрести 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 рекомендаций 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 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 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.

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 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; правила 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 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.

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 привлечением независимой экспертизы.

6.4. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в случае недовольства 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 11.05.2013 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 объема 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 предоставление указанных (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 связаться 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 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 медицинского 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 дальнейшем 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://miskcheb.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 предоставляются 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 указанных (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 связаться 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. Пациент (законному представителю Пациента), по его желанию, могут быть оказаны дополнительные услуги немедицинского 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, представляемый посредством ксерокопии с факсимилье 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 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.

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 (два) экземпляра равною силу 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, Бескуликовский 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. Саранск: 430030, Республика Мордовия, г. Саранск, Исторический проезд, д. 6.

E-mail: info@mtkcheb.ru сайт «Интернет» <https://mtkcheb.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 для отчества (при наличии)

документ, удостоверяющий личность, идентификация, серия номер

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 ЛДЮ в г. Саранск: 430030, Республика

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

Банковские реквизиты:

Д/с 30156С31560.

в УФК по Чувашской Республике

К/с 40102810745370000024

в ОКП № 1 ВПГУ Банка России/УФК

по Нижегородской области, г. Нижний

Новгород

р/сч 03214643000000013201

БИК 012202102

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

М.П.

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе
Зарегистрирован(а) по адресу:

Укажите адрес регистрации

Проживающий по адресу:

Укажите 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. 2026 г. № 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-глаз» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «Учреждение», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Д041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России действующей(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны, и гражданина(ка) _____ (Фамилия, имя, отчество (если известно) - полностью)

Медицинская карта пациента, получателя медицинской помощи в амбулаторных условиях № _____ Медицинская карта пациента, получателя медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара № _____ именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент»

Этот Раздел заполняется только на лиц, достигших 14 лет, или несовершеннолетних граждан

Документ, удостоверяющий личность _____ (паспортные, серия и номер документа)	Выдан _____
являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____ (Фамилия, имя, отчество (если известно) пациента – ребенка или несовершеннолетнего 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», 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://mnkscrb.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, 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 без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью: _____

(сумма прописью)

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

2. 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, получателя медицинской помощи в амбулаторных условиях или в медицинской карте пациента, получателя медицинской помощи 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).

2.4. 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. Пролитие 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 postpartum бесплатной медицинской помощи.

2.8. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим договором, сокращается либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения оказывается 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, 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;
- 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 претомотренных договором;
- в рамках предоставления медицинских услуг назначать пациенту решение врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственных препаратов, 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 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 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://minkoef.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 вымания дополнительного платного;
 - выдавать Пациенту (законному представителю Пациента), в случаях предусмотренных законодательством, листок нетрудоспособности (справку о временной нетрудоспособности).

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 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;
 - 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 вымания дополнительного платного 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.
- #### 4.2. 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 направленных на лечение, предоставлять 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 Учреждении, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения;
 - своевременно оплачивать 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 м/п/рациональной карты);
 - осуществлять прием всех препаратов и процедур, рекомендованных лечащим врачом Учреждения, и после выписки на амбулаторное долевичание, 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 медицинским эвакуацией в автомобиле Учреждения;

- возместить материальный ущерб, в случае порчи имуществу 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, соблюдения 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 организации Пациента, других факторов риска, а также в случаях с биологическими особенностями организма Пациента, других факторов риска, а также в случаях оказания услуг в неполном 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 косвенных образом влияющих на состояние здоровья и результаты 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 привлечением 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 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 соблюдение указанных (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 консультирующей 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 и условиях 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 неопозитивных 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 должном 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://mtrk.sberbtl.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 предоставляются 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 указанных (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.

7.5. 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 не медицинской 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 клипсы 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 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 равною силу, по одному для каждой из сторон.

9. Сведения об Учреждении

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Мекотраслевой 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-р, 59А.

Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 10277397146006

Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 7713059497

Филиал: Чебоксарский филиал федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Мекотраслевой 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 ЛПУ в г. Йошкар-Ола: 424000, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, Воскресенская набережная, д. 8.

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

Учреждение:

ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»

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

Пациент (законный представитель):

Фамилия для отчества (при наличии)

документ, удостоверяющий личность, наименование, серия номер

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
ИНН 7713059497 КПП 213002001
ОГРН 1027739714606
Адрес ЛПУ в г. Йошкар-Ола: 424000, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, Воскресенская набережная, д. 8
Банковские реквизиты:
Л/с 30156531360,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810745370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК по Нижегородской области, г. Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

МП _____ (подпись)

(Ф.И.О.)

МП _____ (подпись)

(Ф.И.О.)

информация о лице, выдавшем документ и выдавшем его органе
Зарегистрирован(а) по адресу:

Указать адрес регистрации
Проживающий по адресу:

Указать адрес проживания

телефон

адрес электронной почты (если имеется)

Приложение № 7
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04.2026 г. № 94

ДОГОВОР № _____
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 № 1041-001110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России действующую(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны, и граждан(ин) (ка) _____ (Фамилия, имя, отчество (если известно) - 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, _____ (Фамилия, имя, отчество (если известно) - полностью)	Выдан _____ (наименование, серия и номер документа)
Документ, удостоверяющий личность _____	Выдан _____ (специалист о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
Пациента _____ (Фамилия, имя, отчество (если известно) пациента - полностью или несовершеннолетнего гражданина - полностью)	Пациента _____ (имя, 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:

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://mtkcheb.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, 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 без налога (НДС), руб.
Итого:					
Итоговая сумма прописью:			(сумма прописью)		

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

2. 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 ПУЖЫЙ 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 условных авансовых 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 отмену 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 Пациента (законному представителю Пациента) выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную отмену предоставляемых медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной банк 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 соглашаются, являющаяся 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 решение врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственных препаратов, 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 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 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 новую информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (информация размещена на сайте в сети Интернет: <https://minkserb.spb.info> 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, 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 выманивания дополнительных платных лекарственных препаратов и медицинском изделиях, представляются Пациенту, в случаях, предусмотренных законодательством, листок нетрудоспособности (справку о временной нетрудоспособности).

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 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, порядке 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;
- 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 выманивания дополнительных платных 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.

4.2. Пациент (законный представитель Пациента) обязан:

- прибыть для получения услуги в назначенное Учреждением время;
- информировать врача Учреждения об оказании услуги и 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, предоставлять 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 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 оплачивать 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 мипрациональной карты);
- осуществлять прием всех препаратов и процедур, рекомендованных лечащим врачом Учреждения, и после выписки на амбулаторное долевивание, 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 vicinity территории Учреждения, а также в случае, если оказание медицинских услуг связано с медицинской эвакуацией в автомобиле Учреждения;

- возместить материальный ущерб, в случае порчи или 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 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 выявленных 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 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.

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 дополнительными соглашениям, подписанными Сторонами

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

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

7. Общие условия

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

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими 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 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 указанных (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 профессиональное образование и квалификация); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинской 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 неконтролируемых факторов и явлений, не поддающихся 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 непротозиявучаемых обстоятельств, в связи с чем Учреждение даже при надлежащем выполнении своих обязательств по договору, правомочно использованию 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://mfc.khb.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 предоставляются Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.4. До заключения настоящего договора Учреждение в письменной форме уведомил(а) Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указанных (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 определенные 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, предоставляемый посредством ксерокопии с факсимильной 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 бесспорное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и выдачи информации. Пациент документально подтверждает согласие на обработку персональных данных, составляющих государственную тайну, в соответствии с 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 равною силу 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, Бескуликовский 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 ДПО в г. Нижний Новгород: 603006, Нижегородская область, г. Нижний Новгород, пл. Свободы, д. 6 пом. III.
 E-mail: info@mtkcheb.ru сайт в сети «Интернет» <https://mtkcheb.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
 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 ДПО в г. Нижний Новгород: 603006, Нижегородская область, г. Нижний Новгород, пл. Свободы, д. 6 пом. III.
 Банковские реквизиты:
 Д/с 30156391560,
 в УФК по Чувашской Республике
 к/с 40102810745370000024
 в ОЖЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК по Нижегородской области, г. Нижний Новгород
 р/сч 03214643000000013201
 БИК 012202102

М.П.

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе
 Зарегистрирован(а) по адресу:

Укажите адрес регистрации

Проживающий по адресу:

Укажите адрес проживания

Телефон

Адрес электронной почты (если имеется)

Приложение № 8
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНПГ «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04. 2026 г. № 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 № 1041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, Бессорочко, в лице _____, Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНПГ «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, и.ф.о. (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 _____ (наименование, серия и номер документа)	Выдан _____
является законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____ (Фамилия, и.ф.о. (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, _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)	
а также Гражданин(ка) _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)	

Документ, удостоверяющий личность _____ (наименование, серия и номер документа) Выдан _____

(подпись 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:

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://mnpkcheb.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).

1.2. Перечень платных медицинских услуг и их стоимость предоставляемых в соответствии с настоящим договором:

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

Итоговая сумма прописью: _____

(сумма прописью)

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

2. 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 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 _____ (_____) 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 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 банк строкой отчетности).

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

2.5. 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.

2.6. 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, также 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 Пациентом удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Пациентом 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, 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 решение 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 услуги; 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://minksheb.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 violations дополнительных платы;

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

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 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 violations дополнительных 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.

4.2. 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, предоставлять данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне Учреждения (при их наличии). Кроме того, Пациент обязуется не вынимать из медицинской карты пациента, получившего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и/или медицинской карты пациента, получившего 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 явке на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждении, 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 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.

5. Права и обязанности Пациентки

5.1. Пациентка вправе требовать медицинское заключение, являющееся подтверждением оказания медицинских услуг Пациенту.

5.2. Пациентка обязана своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг Пациенту.

6. Ответственность сторон.

6.1. 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.

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

6.3. 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 обязанности по настоящему договору, возникшей по вине Пациента (законного представителя Пациента), в том числе при нарушении им медицинских предписаний.

6.4. 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 неполном либо меньшем объеме и/или недовлечения 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 результаты лечения; неисполнения Пациентом (законным представителем Пациента) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Учреждения.

7. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров

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

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

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

7.4. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в случае недовлечения соглашения Сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

8. Особые условия

8.1 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 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 указанных (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 связаться 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 медицинских работниках, отвечающих за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации); информация о методах оказания медицинской помощи, связанной 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, 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 медицинской 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 негемоконтролируемых 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 дальнейшем 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) полное выздоровление 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://tmksherb.tl> или в мобильном приложении.

8.2. 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.

8.3. 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 8.2. и 8.3. применяются при условии, если медицинские услуги предоставляются Программой государственной гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

8.4. До заключения настоящего договора Учреждение в письменной форме уведомит 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 отплатительно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

8.5. 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.

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

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

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

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

8.10. 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.

9. Прочие условия.

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

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

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

10. 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 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@mtkcheb.ru сайт в сети «Интернет» <https://mtkcheb.ru>

Учреждение:

ФГУ «МНИЦ «МТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Чебоксарский филиал ФГУ «МНИЦ «МТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
Юридический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Банковские реквизиты:
Л/с 30156531560.

Пациент (законный представитель):

Фамилия для отчества (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)	_____

№ 40102810745370000024
в ОКП № 1 ВГУ Банка России/УФК
по Нижегородской области, г. Нижний Новгород
Р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

_____ (подпись)	_____ (Ф.И.О.)	_____ (подпись)	_____ (Ф.И.О.)
-----------------	----------------	-----------------	----------------

Платежщик по договору со стороны Пациента

Фамилия для отчества (при наличии)

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): _____

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Приложение № 9
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04.2026 г. № 94

ДОГОВОР № _____ (трехсторонний) на оказание платных медицинских услуг

г. Чебоксары « ____ » _____ 20__ г.

Федеральное государственное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия-глаз» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «Учреждение», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Д041-00110-47/00574034 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 граждан(ки) _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью) и гражданина(ки) _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)

Медицинская карта пациента, участвующего в амбулаторных условиях № _____ Медицинская карта пациента, участвующего в стационарных условиях, в условиях дневного стационара № _____ именуемый(ей) 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 _____ (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, _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)

а также Гражданин(ка) _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью) Выдан _____

Документ, удостоверяющий личность _____ (паспортные, серия и номер документа)

именуемый(ая) в дальнейшем «Платательщик», с третьей 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://mink.scheb.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 Платательщик по договору со стороны 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 без налога (НДС), руб.
Итого:					
Итоговая сумма прописью:			(сумма прописью)		

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

2. 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 услуги.
- 2.2. Оплата Платательщиком 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.
- 2.3. Учреждение провозводит отметку о стоимости услуги в медицинской карте пациента, участвующего в амбулаторных условиях или в медицинской карте стационарного больного, на руки Платательщику выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной банк строгой отчетности).
- 2.4. Срок оказания услуг в течение месяца с момента поступления денежных средств от Платательщика 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 связанным с волеизъявлением 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 Платательщика удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Платательщиком 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;
- безоплатательно 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 медицинских работников, предоставляющих соответствующую платную медицинскую услугу (профессиональное образование и квалификация); о порядке оказания медицинской помощи и стандартах оказания 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://minkelber.pl>, информационный 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).

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 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, порядке 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 заболеваний, 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.

4.2. 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, предоставлять 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;
- 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 доопечение, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистом Учреждения, оказывающим 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. Права и обязанности Плательщика

5.1. Плательщик вправе затребовать медицинское заключение, являющееся подтверждением оказания медицинских услуг Пациенту.

5.2. Плательщик обязан своевременно оплачивать предоставляемых услуг Пациенту.

6. Ответственность сторон.

6.1. 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.

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

6.3. 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, необходимости 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.

6.4. 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 неосторожения зашпандрованного результата и/или неэффективности лечения, возникших в результате: неопределенности 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 результатов лечения; неисполнения Пациентом (законным представителем Пациента) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Учреждения.

7. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров

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

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

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

7.4. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в случае недовольства согласившимися сторонами, по решению суда, согласно законодательству Российской Федерации.

8. Особые условия

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

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинских услуг 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 оказать на состояние 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 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 ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется 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, оказывающее влияние на полнокровный факторов и явлений; не подпадающих 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 достигшей 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.

8.2. 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.

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

Примечание:

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

- 8.4. До заключения настоящего договора Учреждение в письменной форме уведомило Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указанных (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.
- 8.5. Пациент (законный представитель Пациента) уведомлен о том, что гражданин, находящийся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.
- 8.6. Подтверждением оказания медицинской услуг является медицинский документ, отражающий состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, выдаваемый Учреждением Пациенту (законному представителю Пациента).
- 8.7. 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 (законный представитель Пациента) либо Плательщик на стороне Пациента оплачивает эти услуги на условиях, указанных договором.
- 8.8. Пациент (законный представитель Пациента) и Плательщик соглашены, 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 кopies с факсимильной подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.
- 8.9. В случае отказа Пациента (законного представителя Пациента) после заключения договора от получения медицинской услуг Договор расторгается, при этом Плательщик оплачивает Учреждению фактически понесенные Учреждением расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
- 8.10. 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 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.

9. Прочие условия.

- 9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.
- 9.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.
- 9.3. Настоящий договор составлен в 3 (трех) экземплярах равную силу экземплярах, по одному для каждой из сторон.

10. 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 ДПО г. Чебоксары (СЗР): 428025, Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. М. Павлова, д. 25
(задание санатория «Чувашинкурорт»)
E-mail: info@mtkcheb.ru сайт: <https://mtkcheb.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 ДПО: г. Чебоксары (СЗР): 428025, Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. М. Павлова, д. 25

Банковские реквизиты:

Д/с 30156331560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810745370000024

в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК по Нижегородской области, г. Нижний Новгород

Р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

М.П.

Плательщик по договору со стороны Пациента

Фамилия имя отчество (при наличии)

документ, удостоверяющий личность: паспорт/иные, 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.)

Пациент (законный представитель):

Фамилия имя отчество (при наличии)

документ, удостоверяющий личность: паспорт/иные, серия номер

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

Зарегистрирован(а) по адресу:

Проживающий по адресу:

Укажите адрес регистрации

Укажите адрес проживания

телефон

адрес электронной почты (если имеется)

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 Пациентка удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Пациентом 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 услуг 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 результаты 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 медицинской помощи 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 медицинских работаниках, 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://minkseberld.infomedservice.ru>);
- в отношении каждого Пациента вести формулярную 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)

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 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;
- 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, диагноза, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратов 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.

4.2. 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 направленных на лечение, предоставлять 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 Учреждении, и иные, влияющие на состояние здоровья и результаты 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 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.

5. Права и обязанности Плательщика

5.1. Плательщик вправе затребовать медицинское заключение, являющееся подтверждением оказания медицинских услуг Пациенту.

5.2. Плательщик обязан своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг Пациенту.

6. Ответственность сторон.

6.1. 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.

6.2. 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.

6.3. 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.

6.4. 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 неполном либо меньшем объеме и/или неадекватности результатов лечения 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, прямых или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результатов лечения; неисполнения Пациентом (законным представителем Пациента) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Учреждения.

7. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров

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

7.2. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительными соглашениями, подписанными Сторонами.

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

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

8. Общие условия

8.1. 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 объема 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 необходимость указанных (рекомендаций) Учреждения (медицинского работника, предоставляющего услуги), повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или снижения качества 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 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; график работы медицинского работника, оказывающего медицинскую услугу, диланоза, 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 предоставления медицинского вмешательства;

- предупрежден(а) и осознает, что медицинская услуга является специфическим видом деятельности, по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, подверженные влиянию неопределяемых факторов и явлений, не подпадающих 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 дальнейшем выполнении своих обязательств по договору, правильному использованию установленных норм и правил, современных технологий и достижений медицинской науки, по объективным причинам не может гарантировать Пациенту (законному представителю Пациента) полное выздоровление 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://tmkshbzd.ru> или в мобильном приложении.

8.2. 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.

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

8.4. До заключения настоящего договора Учреждением в письменной форме уведомлено Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указанной (рекомендованной) Пациента (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.

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

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

8.7. Пациенту (законному представителю Пациента), по его желанию, могут быть оказаны дополнительные услуги неметодического 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.

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

8.9. 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.

8.10. 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.

9. Прочие условия.

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

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

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

10. 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, Бескуликовский 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 ДПО в г. Саранск: 430030, Республика Мордовия, г. Саранск, Исторический проезд, д. 6
E-mail: info@mtkcheb.ru сайт в сети «Интернет» <https://mtkcheb.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,

Бескуликовский бульвар, д. 59А

Фактический адрес: 428028, Чувашская

Республика, г. Чебоксары,

пр. Тракторостроителей, д. 10

ОГРН 1027739714606

ИНН 7713059497 КПП 213002001

Адрес ДПО в г. Саранск: 430030, Республика

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

Банковские реквизиты:

Д/с 30156531560,

в УФК по Чувашской Республике

к/с 40102810745370000024

в ОЖП №1 ВВТУ Банка России/УФК

по Нижегородской области, г. Нижний

Новгород

Иванов 0321464300000013201

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

Зарегистрирован(а) по адресу:

Проживающий по адресу:

Телефон: _____ Адрес электронной почты (если имеется): _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Пациент (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)

к приказу директора Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНПГ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России от «22» 04. 2026 г. № 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 № 1041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: «МНПГ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНПГ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, 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»

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

Д, _____ Документ, удостоверяющий личность _____ <small>(информация о дате выдачи документа и выдавшем его органе)</small>	Выдан _____ <small>(наименование, серия и номер документа)</small>
являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)	
Пациента _____ <small>(Фамилия, имя, отчество (если известно) пациента – ребенка или недееспособного гражданина – пометкой)</small>	
дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____ <small>(число, месяц, год рождения)</small>	
именуемый(ая) в дальнейшем законный представитель Пациента, _____ <small>(Фамилия, имя, отчество (если известно) - полностью)</small>	Выдан _____ <small>(наименование, серия и номер документа)</small>
с другой стороны, _____ а также гражданин(ка) _____ <small>(Фамилия, имя, отчество (если известно) - полностью)</small>	Выдан _____ <small>(наименование, серия и номер документа)</small>
Документ, удостоверяющий личность _____ <small>(информация о дате выдачи документа и выдавшем его органе)</small>	Выдан _____ <small>(наименование, серия и номер документа)</small>

именуемый(ая) в дальнейшем «Плательщик», с третьей 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://mnkcheb.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).

1.2. 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: _____ <small>(сумма прописью)</small>					

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 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 услуги, 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 Плательщику выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых 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 Плательщика на лицевой счет либо в кассу Учреждения.

2.5. 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.

2.6. 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 подпишут соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Пациентомка удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Пациентом 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 результаты 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;
- безоплатательно 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 называть пациенту решение 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) бесплатно, доступную и достоверную информацию: о режиме работы, предоставляемых услугах с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения услуг; о медицинских работаниках, 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/informacionnykh-stendakh/stock>);
- в отношении каждого Пациента вести информационную 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 нарушения 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)

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 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, диагноза, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взаимной 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 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 средствах, аллергиях, 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, предоставлять 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 Учреждении, 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.

5. Права и обязанности Плательщика

5.1. Плательщик вправе затребовать медицинское заключение, являющееся подтверждением оказания медицинских услуг Пациенту.

5.2. Плательщик обязан своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг Пациенту.

6. Ответственность сторон

6.1. 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.

6.2. 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 предотвратить, ни предотвратить стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору), а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

6.3. 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.

6.4. Учреждение не несет ответственности в случаях осложнения 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, прямых или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения; неисполнения Пациентом (законным представителем Пациента) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Учреждения.

7. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров

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

7.2. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительными соглашениями, подписанными Сторонами.

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

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

8. Особые условия

8.1. 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 11.05.2013 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 указанных (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 профессиональный образовательный и квалификационный, 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 медицинского вмешательства, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, тяжести состояния здоровья и иных факторов, которые могут повлиять на длительность ожидания, а также от организационной возможности предоставления 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 наилучшем выполнении своих обязательств по договору, правильно исползовав установленные нормы 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://tmksher.tl> или в мобильном приложении.

8.2. Пациент (законный представитель Пациента) информирует, 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.

8.3. 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 8.2. и 8.3. применяются при условии, если медицинские услуги предоставлены Программой государственной гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

8.4. До заключения настоящего договора Учреждение в письменной форме уведомило Пациента (законного представителя Пациента) о том, что необходимо указанные (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.

8.5. 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.

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

8.7. 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 Платильщик на стороне Пациента оплачивает эти услуги на условиях, указанных договором.

8.8. Пациент (законный представитель Пациента) и Платильщик согласны, что при подписании настоящего Договора и любых дополнительных соглашений к нему, Учреждение вправе использовать, 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.

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

8.10. 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.

9. Прочие условия.

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

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

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

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

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

Учреждение:

ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза»

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

Чебоксарский филиал ФГУ «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 21.3002001

Адрес ДПО в г. Йошкар-Ола: 424000,

Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола,

Воскресенская набережная, д. 8

Банковские реквизиты:

Д/с 30156331560,

в УФК по Чувашской Республике

к/с 4010281074370000024

в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК

по Нижегородской области, г. Нижний

Новгород

р/сч 0321464300000013201

БИК 012202102

М.П. _____

(подпись)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Платильщик по договору со стороны Пациента

Фамилия имя отчество (при наличии)

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

Зарегистрирован(а) по адресу: _____

Проживающий по адресу: _____

Телефон: _____ Адрес электронной почты (если имеется): _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

к приказу директора Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНПЦ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России от «22» 04.2026 г. № 94

ДОГОВОР № _____ (трехсторонний) 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 № Д041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: _____, беспорочно, в лице _____, Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНПЦ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,

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

и граждан(ин) (ка)

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

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

Я, _____

документ, удостоверяющий личность _____

(паспортные, серия и номер документа)

Выдан _____

(Указание 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 несовершеннолетнего 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 _____

(паспортные, серия и номер документа)

Выдан _____

(Указание 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:

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://mnpkcheb.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, порядку оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а Плательщик по договору со стороны Пациента оплачивает медицинские услуги (далее - услуги).

1.2. 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.

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 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 размере _____ (_____) рублей на условиях авансового платежа с _____ (_____) 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 или в медицинской карте стационарного больного, на руки Плательщику выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых 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 Плательщика 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 государственных бесплатной медицинской помощи.

2.8. В случае если по каким-либо причинам, не связанным 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 Пациентами удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Пациентами 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 услуг 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 результаты 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;
- безоплатительно 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 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 ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; а также иную информацию, предусмотренную Правилами предоставления медицинских организаций платных медицинских услуг (информация размещена на сайте в сети Интернет: <https://lmpkcheb.dl.ru/informacionnyh-stendov/stoikah>);
- в отношении каждого Пациента вести требующую 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 знаниями 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)

4.1. Пациент (законный представитель Пациента) имеет право:

- обращаться за предоставлением сведений и получать информацию об Учреждении, о наличии лицензий 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, порядке 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;
- 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 взаимного дополнительного платного 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.

4.2. Пациент (законный представитель Пациента) обязан:

- приходить 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, предоставлять данные предварительных исследований и консультирующий 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 Учреждении, 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.

5. Права и обязанности Плательщика

- 5.1. Плательщик вправе требовать медицинское заключение, являющееся подтверждением оказания медицинских услуг Пациенту.
- 5.2. Плательщик обязан своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг Пациенту.

6. Ответственность сторон.

6.1. 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.

6.2. 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 предотвратить, 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.

6.3. Учреждение не несет ответственности за оказание услуг в полном или меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором: в случаях предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) неточной информации о своем здоровье в соответствии с условиями настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, в случаях, необходимости 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.

6.4. 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 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 результатов лечения; неисполнения Пациентом (законным представителем Пациента) назначений, рекомендаций и советов медицинских работников Учреждения.

7. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров

- 7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.
- 7.2. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением, подписанным Сторонами.
- 7.3. Споры и разногласия решаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе путем переговоров, при необходимости с привлечением независимой экспертизы.

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

8. Общие условия

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

- ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинских организационными платных медицинских услуг, утвержденными 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 соблюдение указанных (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 профессиональный образовательный и квалификационный; 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, установленной 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 предоставления 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 влияний, 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 непрототипируемых 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 информационно-коммуникационной системе Учреждения: на официальном сайте Учреждения <https://mptk.sbf.ru> или в мобильном приложении.

8.2. 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.

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

Примечание:

Дункиты 8.2. и 8.3. применяются при условии, если медицинские услуги предоставляются Программой государственной гарантийной бесплатной оказания гражданам медицинской помощи.

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

8.5. 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.

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

8.7. Пациенту (законному представителю Пациента), по его желанию, могут быть оказаны дополнительные услуги немедицинского 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.

8.8. 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 кисти с факсимиле подписи, при этом не требуется заключение Сторонами отдельного соглашения (договора), что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

8.9. 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.

8.10. 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.

9. Прочие условия.

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

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

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

10. 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

Флигал: 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, д. 6 пом. ПП.
Адрес ДПО в г. Нижний Новгород: 603006, Нижегородская область, г. Нижний Новгород, пл. Свободы, д. 6 пом. ПП.
E-mail: info@tmkcheb.ru сайт в сети «Интернет» <https://tmkcheb.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 ДПО в г. Нижний Новгород: 603006, Нижегородская область, г. Нижний Новгород, пл. Свободы, д. 6 пом. ПП.
Банковские реквизиты:
Д/с 30156531560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810745370000024

в ОЖП № 1 ВВГУ Банка России/УФК по Нижегородской области, г. Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
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, наименование, серия номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

Зарегистрирован(а) по адресу: _____

Проживающий по адресу: _____

Телефон: _____ Адрес электронной почты (если имеется): _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

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)

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
с согласия законного представителя несовершеннолетнего лица

г. Чебоксары « ____ » _____ 20 ____ г.

г. Чебоксары 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 № Д04-1-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: «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 известно) - 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) _____ (Фамилия, имя, отчество (если известно) - полностью)

Документ, удостоверяющий личность _____

(паспортные, серия и номер документа)

Выдан _____

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

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://mnlkcheb.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. № 756, 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 без налога (НДС), руб.

Итого:					
Итоговая сумма прописью:					

(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с 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, в соответствии 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, в соответствии 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 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 предоставляемых 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, 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, сокращается 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 окончания 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 результаты 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.
- 3.2. 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) бесплатно, доступно 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 (профессиональным образованиям 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://lphkshb.fg.ru>, информационный документация);
 - в отношении каждого Пациента вести информационную 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)**
- 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 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;
 - 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, 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.
- 4.2. 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 направлениях на лечение, предоставляя данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне Учреждения (при их наличии). Кроме того, Пациент обязуется не вынимать из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара результаты обследования 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 результаты 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 миправнойной 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 прочее;
 - 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 оказания медицинских услуг, связанно 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 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, соблюдения 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 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 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 истечения обязательства.

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 привлечением независимой экспертизы.

6.4. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в случае неостережения 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 медицинских организациями платных медицинских услуг, Утвержденных 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 предоставляемых услуг, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сквалитера 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 профессиональный 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 ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, установленной 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 поддается 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 непротрудительных 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://mptk.spb.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 немедицинского 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, представляемый посредством копии с факсимильной копии, 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 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.

7.11. 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.

8. 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 3 (трех) экземплярах равную силу 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@mnkcheb.ru сайт в сети «Интернет» <https://mnkcheb.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, наименование, 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:

Д/с 301.56331.560,

в УФК по Чувашской Республике

к/с 40102810745370000024

в ОКШ № 1 ВГУ Банка России/УФК

по Нижегородской области, г. Нижний

Новгород

р/сч 0321464300000013201

БИК 012202102

Указать адрес регистрации

Проживающий по адресу:

Указать адрес проживания

телефон

Законный представитель

адрес электронной почты (если имеется)

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)

М.П.

(подпись)

(Ф.И.О.)

На заключение договора согласен(на)

(подпись пациента)

(Ф.И.О. пациента)

документ, удостоверяющий личность, наименование, серия номер

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

(Ф.И.О. законного представителя)

к приказу директора Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНПЦ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России от « 22 » 04. 2026 г. № 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 № 1041-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: «МНПЦ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее - «Учреждение»), в лице _____, действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны,

и Гражданин(ка) _____ (Фамилия, имя, отчество (если известно) - полностью)
Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____
Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в _____
именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны
с согласия законного представителя Пациента -
Гражданин(ка) _____ (Фамилия, имя, отчество (если известно), законного представителя - полностью)

Документ, удостоверяющий личность _____ (наименование, серия и номер документа) _____
_____ (наименование, дата выдачи документа и выдачное его учреждение)

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://mnpkcheb.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, 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 без налога (НДС), руб.

Итого:					
Итоговая сумма прописью: _____ (сумма прописью)					

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

2. 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), с момента заключения договора в течение 10 календарных дней, на условиях 100 % авансового платежа на лицевой счет Учреждения, открытого 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 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).
- 2.4. 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 отмены договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отменного 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, обостренных 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 косвенных образом влияющих на состояние здоровья Пациента и результаты лечения;
- отказывать Пациенту (законному представителю Пациента) в предоставлении медицинской услуги в случае невыполнения или требований лечащего врача;
- получать от Пациента (законного представителя Пациента) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

- безоплатательно 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 называть пациенту решение 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 прельзвляемым к медицинским услугам соответствующего вида;

- предоставлять Пациенту (законному представителю Пациента) бесплатно, доступно 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://minkcheb.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 дополнительного платы;

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

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 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 дополнительного 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.

4.2. 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, предоставлять данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне Учреждения (при их наличии). Кроме того, Пациент обязуется не вырывать 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;

- ознакомится 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, рекомендации по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждение, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения; - своевременно оплачивать 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 vicinity 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 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, необходимости 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 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.

6. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров

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

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

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

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

7. Общие 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 11.05.2013 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 объема медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, за счет средств бюджета и иных источников;

- уведомлен(а) о том, что несоблюдение указанных (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 консултации 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 профессиональным образованием и квалификацией); 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 организации возможной проведения медицинского вмешательства.

- предупрежден(а) и осознал(а), что медицинская услуга является специфическим видом деятельности, по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, подтверждающие влияние 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, правильно исполновании 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://tmkcheb.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 предоставляются 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 указанных (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 определенных на период их временной неурядиспособности, 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 неместлического характера, оказываемые в Учреждении, стоимость которых устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Учреждении, стоимостью которых 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, предоставляемый посредством сканирования с факсимилье 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 согласие, своей волей и в своем интересе безорочное согласие на обработку персональных данных, касающихся состояния здоровья в целях оказания услуг по настоящему договору и соблюдения законодательства о хранении и ведения медицинской документации, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов. 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.

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

8. Прочие условия.

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

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

8.3. Настоящий договор составлен в 3 (трех) экземплярах равную силу 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.

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

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

Юридический адрес: 127486, г. Москва,

Бескудниковский бульвар, д. 59а

Фактический адрес: 428028, Чувашская

Республика, г. Чебоксары,

пр. Тракторостроителей, д. 10

Адрес ЛПУ г. Чебоксары (СЗР): 428025,

Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. М.

Павлова, д. 25

Фактически кем открыто (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 прописки

ОГРН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001

Банковские реквизиты:

Л/с 30156331560,

в УФК по Чувашской Республике

к/с 4010281074370000024

в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК

по Нижегородской области, г. Нижний

Новгород

р/сч 0321464300000013201

БИК 012202102

телефон

адрес электронной почты (если имеется)

Законный представитель

Фактически кем открыто (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 прописки

телефон

адрес электронной почты (если имеется)

(подпись, печать) (Ф.И.О. пациента)

На заключение договора согласен(на)

(подпись законного представителя)

представителя)

(Ф.И.О. законного представителя)

к приказу директора Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России от «22» 04.2026 г. № 94

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. Фёдорова» 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. Фёдорова» Минздрава России (далее – «Учреждение»), с одной стороны, и гражданином(ка) _____ с другой стороны,

Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____ Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в _____ именном(ой) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны

с согласия законного представителя Пациента - _____

гражданина(ки) _____ (Фамилия, имя, отчество (если известно), законного представителя - полностью)
_____ (подпись/печать, серия и номер документа) выдан _____

(подпись о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

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

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной Федеральным службой по надзору в сфере здравоохранения (перечень медицинских услуг указан на сайте Учреждения в сети Интернет: <https://mktcheb.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. № 756, 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, порядке 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 стоимости 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:					

Итоговая сумма прописью: _____

(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с 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 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).

2.4. 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, увеличение объема предоставляемых 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, обостренных хронических заболеваниях, 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, приводящих к возникновению заболевания, влияющих на состояние здоровья и результаты 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;
 - безоплатательно и безвозмездно, в случае возникновения неотложных состояний, определять объем диагностических исследований, мануальных, 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.
- 3.2. Упреждение обману.**
- оказывать услугу Пациенту согласно заключенному 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 работаниках, 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: hfrs.ru/links/ed, информационный стандарт документа);
 - 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)**
- 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 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;
 - 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, 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;
 - 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.
- 4.2. 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, врачебные рекомендации и направленных на лечение, предоставлять 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 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 мспрациальной карты);
 - осуществлять прием всех препаратов и процедур, рекомендованных лечащим врачом Учреждения, и после выписки на амбулаторное долечение, а также сотрудничать с лечащим врачом и/или специалистами Учреждения, оказывающими медицинскую помощь, употребляя любые лекарственные средства, трав, мази и прочее;
 - 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 близки 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.
- 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 предотвратить (стихийные бедствия, эпидемия, землетрясение, военные действия, забастовки и т.д.), 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 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 выявленных 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 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 обстоятельств, прямых 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 привлечением независимой экспертизы.

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

7. Общие 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 11.05.2013 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 объемам 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 предоставляемого 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 выполненного 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, установленной 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, диагноз, 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://miskcheb.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 предоставляются 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 медицинской 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 немедицинского 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 анализ собственноручной подписи лица, упомянутого на подписанном настоящем договоре, предоставляемый посредством кнеше 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 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 Пациента (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.

7.11. 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.

8. Прочие условия.

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

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

8.3. Настоящий договор составлен в 3 (трех) экземплярах равною силу 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.

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

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

Учреждение:

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

Пациент (с согласия законного представителя):

Фамилия имя отчество (при наличии) _____
документ, удостоверяющий личность, идентификация, 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:

Д/с 30156531560,

в УФК по Чувашской Республике

К/с 40102810745370000024

в ОКП № 1 ВВГУ Банка России/УФК

по Нижегородской области, г. Нижний

Новгород

р/сч 05214643000000013201

БИК 012202102

Зарегистрирован(а) по адресу:

Укажите адрес регистрации

Проживающий по адресу:

Укажите адрес проживания

телефон _____

адрес электронной почты (если имеется) _____

Законный представитель

Фамилия имя отчество (при наличии) _____

документ, удостоверяющий личность, идентификация, серия номер _____

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе _____

Зарегистрирован(а) по адресу:

Укажите адрес регистрации

Проживающий по адресу:

Укажите адрес проживания

телефон _____

адрес электронной почты (если имеется) _____

М.П. _____ (подпись)

(Ф.И.О.)

На заключение договора согласен(на)

(подпись законного представителя)

(Ф.И.О. законного представителя)

к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНПЦ «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04. 2026 г. № 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 № Д04-1-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: «МНПЦ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНПЦ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____, с одной стороны, и гражданина(ка) _____ (Фамилия, имя, отчество (если известно) - полностью)

Медицинская карта пациента, получавшего 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(ка) _____ (Фамилия, имя, отчество (если известно) законного представителя - полностью)

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

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://mnpkcheb.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).

1.2. Перечень платных медицинских услуг и их стоимость предоставляемых в соответствии с настоящим договором:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без	Количество услуг	Общая стоимость
-------	------------	---------------------	-----------------------	------------------	-----------------

	налога (НДС), руб.	без налога (НДС), руб.
Итого:		

(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 действует до дня оказания услуги.

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 безличном порядке, либо в кассу Учреждения.

ВАРИАНТ 2 – предоплата по часам.

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 безличном порядке, либо в кассу Учреждения.

2.3. Учреждение производит отметку о стоимости услуги в медицинской карте пациента, получавшего медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в медицинской карте пациента, получавшего 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 банк 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, 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 острях 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 Пациентом (законного представителя Пациента) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченной 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, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результаты 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;
- безоплатательно 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 медицинской услуги назначать пациенту решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

3.2. Укрепление обязанно

- 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 (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://minkseberp.ru>, информационный стенд/стойка);
- в отношении каждого Пациента вести требующую 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)

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 положения 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 Учреждению фактически понесенных им расходов. При этом в случае предварительной оплаты Пациенту (законному представителю Пациента) возвращается 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 рекомендаций и направлений на лечение, предоставлять 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, рекомендации по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждение, и иные, влияющие на состояние здоровья и результаты 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 соглашаться с лечащим врачом и/или специалистами Учреждения, оказывающими медицинскую помощь, употреблением 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 близки 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 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, необходимости 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 осложненной 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, прямых или косвенных образом влияющих на состояние здоровья Пациента и результатов 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 дополнительными соглашениями, подписанными Сторонами

6.3. Споры и разногласия решаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе путем переговоров, при необходимости с привлечением 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 медицинских организационными 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 скрываться 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 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, фрейма 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;

- предупреден(а) и осознает, что медицинская услуга является специфическим видом деятельности, по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, подтвержденные влиянием 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, правилым использованием установленных норм и правил, современных технологий и достижений медицинской науки, по объективным причинам не может гарантировать Пациенту (законному представителю Пациента) полное выздоровление и/или иного ожидаемого положительного результата оказания услуги;

- согласен(а) на размещение своего «Личного кабинета» в информационной системе Учреждения: на официальном сайте Учреждения <https://minkhebo.tl> 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 отплатительно скрываться 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 немедицинского 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, представляемый посредством клише с факсимилье 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 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.
- 7.11. При заключении настоящего договора законный представитель Пациента осознает свою допустимую ответственность по обязательствам несовершеннолетнего Пациента в возрасте от 14 до 18 лет, возникшим на основе заключенного им договора на оказание платных медицинских услуг.

8. Прочие условия.

- 8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.
- 8.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.
- 8.3. Настоящий договор составлен в 3 (трех) экземплярах равную силу 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 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@mtkcheb.ru сайт в сети «Интернет» https://mtkcheb.ru
 Адрес ДПО в г. Йошкар-Ола: 424000, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, Воскресенская набережная, д. 8
 E-mail: info@mtkcheb.ru сайт в сети «Интернет» https://mtkcheb.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 ДПО в г. Йошкар-Ола: 424000, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, Воскресенская набережная, д. 8
 Банковские реквизиты:
 Д/с 30156531560,
 в УФК по Чувашской Республике
 к/с 40102810745370000024
 в ОЖЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК по Нижегородской области, г. Нижний Новгород
 р/сч 03214643000000013201
 БИК 012202102

Пациент (с согласия законного представителя):

Фамилия имя отчество (при наличии)
 документ, удостоверяющий личность, идентификация, серия номер
 Зарегистрирован(а) по адресу:
 Указать адрес регистрации
 Проживающий по адресу:
 Указать адрес проживания
 телефон

Законный представитель

адрес электронной почты (если имеется)
 Фамилия имя отчество (при наличии)
 документ, удостоверяющий личность, идентификация, серия номер
 овенция о леге 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)

На заключение договора согласен(на)

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

к приказу директора Чобоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНПГ «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04.2026 г. № 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 № ДИ-41-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: «МНПГ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» филиала ФГАУ «НМИЦ «МНПГ «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(ка) _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется), законного представителя - полностью)

Документ, удостоверяющий личность _____ (паспортные, серия и номер документа) выдан _____ (сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

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://mnpk76.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, 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 стоимости предоставляемых в соответствии с настоящим договором:

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

Итого:					
--------	--	--	--	--	--

Итоговая сумма прописью: _____

(сумма прописью)

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

2. 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 часам.

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 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).

2.4. Срок оказания услуг: в течение месяца с момента счега либо в кассу Учреждения.

2.5. 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.

2.6. 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 острях заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, также 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 могут подписывать 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, влияющих на его состояние здоровья и результаты лечения;
 - отказываться от оказания медицинской помощи в предоставлении медицинской услуги в случае невыполнения ими требований лечащего врача;
 - получать от Пациента (законного представителя Пациента) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
 - безоплатательно 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 услуги; о медицинских образованиях, соответствующих порядку 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 медицинских организаций платных медицинских услуг (информация размещена на сайте в сети Интернет: <https://minkisber.lzr.infopolimonline.ru/standartysuzh>);
 - 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).
- 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 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, порядок 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 заболеваний, 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, 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.
- 4.2. 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 направлениях на лечение, предоставлять данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне Учреждения (при их наличии). Кроме того, Пациент обязуется не вынимать 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 Учреждение, и иные, влияющие на состояние здоровья и результаты 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 амбулаторное долечивание, а также согласовывать с лечащим врачом и/или специалистами Учреждения, оказывающими медицинскую помощь, употребление любых лекарственных средств, трав, масел и прочее;
 - 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 непополнение 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 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.

5.4. 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 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, прямых или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результатов 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 привлечением 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 11.03.2023 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 услугу), 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 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 ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, установленной 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; фактика 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 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 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://mtrkshb7.pl 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:

Дункты 7.2. и 7.3. применяются при условии, если медицинские услуги предоставляются 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 определенных на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.6. Подтверждением оказания медицинской 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 анализ собственности подлиса лица, упомянутого на подлиннике настоящего договора, предоставляемый посредством клише в факсимильном полисе, 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 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 Пациента (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.

7.11. 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.

8. Прочие условия.

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

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

8.3. Настоящий договор составлен в 3 (трех) экземплярах равною силу экземплярам, 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 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 ДПО в г. Нижний Новгород: 603006, Нижегородская область, г. Нижний Новгород, пл. Свободы, д. 6 пом. III.

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

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 ДПО в г. Нижний Новгород: 603006,

Нижегородская область, г. Нижний Новгород,

пл. Свободы, д. 6 пом. III.

Банковские реквизиты:

Д/с 30156331560,

в УФК по Чувашской Республике

к/с 40102810745370000024

в ОКЦ № 1 ВГУ Банка России/УФК

по Нижегородской области, г. Нижний

Новгород

р/сч 0321464300000013201

БИК 012202102

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

Зарегистрирован(а) по адресу:

указать адрес регистрации

Проживающий по адресу:

указать адрес проживания

адрес электронной почты (если имеется)

Законный представитель

Фамилия имя отчество (при наличии)

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

Зарегистрирован(а) по адресу:

указать адрес регистрации

Проживающий по адресу:

указать адрес проживания

адрес электронной почты (если имеется)

На заключение договора согласен(на)

(подпись пациента) (Ф.И.О. пациента)

(подпись законного представителя)

(Ф.И.О. законного представителя)

к приказу директора Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России от «22» 04.2026 г. № 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 «Междисциплинарно-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 № ЛО4-1-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» 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 известны) - полностью)

Медицинская карта пациента, полученного 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 _____ (инициалы, 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 известны), паспорт – ребенка или несовершеннолетнего 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:

1. 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».

2. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 2 (двух) экземплярах равною силу экземплярах, по одному для каждой из сторон.
3. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания сторонами и является неотъемлемой частью Договора от «__» _____ 202__ г. № _____.

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 30156531560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810745370000024
в ОКД № 1 ВВУ Банка России/УФК по Нижегородской области, г. Нижний Новгород
р/сч 0321464300000013201
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 № 19
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04. 2026 г. № 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 «Междисциплинарный 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 действующего(ей) на основании Положения о филиале и Доверенности _____ с одной стороны,

и гражданин(ка) _____ (Фамилия, имя, отчество (если известны) - полностью)
Медицинская карта пациента, получателя медицинской помощи в амбулаторных условиях № _____
Медицинская карта пациента, получателя медицинской помощи 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, _____ (Фамилия, имя, отчество (если известны) - полностью)
документ, удостоверяющий личность _____ (индивидуальные серия и номер документа)
Выдан _____

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

дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____ (число, месяц, год рождения)
именуемый(ая) в дальнейшем законный представитель Пациента,

с другой стороны, при совместном наименовании «Сторона», договорились о нижеследующем:

1. 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»;
2. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 2 (двух) экземплярах равною силу экземплярах, по одному для каждой из сторон;
3. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания сторонами и является неотъемлемой частью Договора от «___» _____ 202__ г. № _____

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, Баскунинковский бульвар, д. 59а
Фактический адрес: 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
О/РН 1027739714606
ИНН 7713059497 КПП 213002001
Адрес ДПО г. Чебоксары (СЗР): 428025, Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. М. Павлова, д. 25
Банковские реквизиты:
Д/с 30156931560,
в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810745370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК по Нижегородской области, г. Нижний Новгород
р/сч 0321464300000013201
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) _____ (ФИО) _____ (подпись) _____ (ФИО)

М.П.

к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04. 2026 г. № 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-глаз» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «Учреждение», действующее на основании лицензии от 07.04.2020 № Д04-1-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» филиала ФГАУ «НМИЦ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ 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 известно) - 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

Да, _____ (инициалы, серия и номер документа) Выдан

(Сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)

(Фамилия, имя, отчество (если известно) 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:

1. В связи с изменением плана и объема лечения пациента 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.»
2. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 2 (двух) экземплярах, по одному для каждой из сторон.
3. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания сторонами и является неотъемлемой частью Договора от «__» _____ 202__ г. № _____

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 ДПО в г. Саранск: 430030, Республика Мордовия, г. Саранск, Исторический проезд, д. 6
Банковские реквизиты:
Л/с 30156531560,

в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810745370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК по Нижегородской области, г. Нижний Новгород
р/сч 03214643000000013201
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 № 21
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04. 2026 г. № 94

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

г. Йошкар-Ола «___» _____ 20__ г.

исследователский 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 № ЛО41-00110-47/00574/024 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: 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,
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) - полностью)
и гражданин(ка) _____, с другой стороны,

медицинская карта пациента, получателя медицинской помощи в амбулаторных условиях № _____ Медицинская карта пациента, получателя медицинской помощи 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 _____

(паспорт/загранпаспорт, серия и номер документа)

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)

Пациента

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

дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____

(число, месяц, год рождения)

именуемый(ая) в дальнейшем законный представитель Пациента.

с другой стороны, при совместном наименовании «Стороны», договорились о нижеследующем:

1. 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.»

2. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

3. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания сторонами и является неотъемлемой частью Договора от «___» _____ 202__ г. № _____.

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 ДПО в г. Йошкар-Ола: 424000, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, Воскресенская набережная, д. 8
Банковские реквизиты:
Л/с 30156931560,

в УФК по Чувашской Республике

к/с 40102810745370000024

в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК

по Нижегородской области, г. Нижний

Новгород

р/сч 03214643000000013201

БИК 012202102

М.П. _____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Приложение № 22

к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04. 2026 г. № 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 № Д04-00110-47/00574034 на осуществление медицинской деятельности, выданную лицензирующим органом: «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России действующей(ей) на основании _____, с одной стороны,
Положения о филиале и Доверенности _____, 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»

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

Документ, удостоверяющий личность _____ выдан
(индексация, 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, призванного недееспособным _____

(число, месяц, год рождения)

именуемый(ая) в дальнейшем законный представитель Пациента.

с другой стороны, при совместном наименовании «Стороны», договорились о нижеследующем:

1. 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»

2. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 2 (двух) экземплярах, по одному для каждой из сторон
3. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания сторонами и является неотъемлемой частью Договора от «__» _____ 202__ г. № _____.

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
Юрический 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

Пациент (законный представитель):
Фамилия имя отчество (при наличии).
Документ, удостоверяющий личность: серия и номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе
Зарегистрирован(а) по адресу:
Проживающий по адресу:
Телефон:
Адрес электронной почты (если имеется)

Адрес ДПО в г. Нижний Новгород: 603006,
Нижегородская область, г. Нижний Новгород,
пл. Свободы, д. 6 пом. III.
Банковские реквизиты:
Д/с 30156831560,

в УФК по Чувашской Республике
к/с 40102810745370000024
в ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России/УФК
по Нижегородской области, г. Нижний
Новгород
р/сч 03214643000000013201
БИК 012202102

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

Приложение № 23
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04. 2026 г. № 94

УВЕДОМЛЕНИЕ
о необходимости предоставления дополнительных медицинских услуг,
не предусмотренных договором

Уважаемый Пациент (законный представитель Пациента), Заказчик!

В соответствии с п. 27 Правил предоставления медицинских организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», внесенные изменения в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006» предлагаем Вам 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.	Копичество 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)

Приложение № 24
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04. 2026 г. № 94

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 указанных (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 получили до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

Пациент (законный представитель пациента) _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

(число, месяц, год)

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», внесения изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006» подтверждено, 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)

ДОГОВОР № _____
на оказание сервисных услуг Пациенту

г. Чебоксары

« ____ » _____ 20 ____ г.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевое 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 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 известно) – полностью)
Медицинская карта пациента, получателя медицинской помощи 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
д. _____

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 известно) 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», 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 входят:

№ 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, исполнявшем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.
- 2.3. Учреждение производит отмену о стоимости услуги в медицинской карте пациента, получившего медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в медицинской карте стационарного больного, на руки Пациенту (законному представителю Пациента) выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, выданный 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.);
 - отказать 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 фактически оказанных услуг;
- 4.2. **Пациент (законный представитель Пациента) обязан:**
 - точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала;
 - своевременно оплачивать 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, предоставляемый посредством кшипе 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 (два) экземпляра равную силу экземплярах, по одному для каждой из сторон.

7. 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-Р, 59А.

Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 10277397146006
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 7713059497

Флигал: 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.

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

Д/с 30156531560,

в УФК по Чувашской Республике

К/с 40102810745370000024

в ОКЦ № 1 ВПУ Банка России/УФК по

Нижегородской области, г. Нижний Новгород

р/сч 0321464300000013201

БИК 012202102

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

Филиал под отчество (при наличии)

документ, удостоверяющий личность, наименование, серия номер

Зарегистрирован(а) по адресу:

Указать адрес регистрации

Проживающий по адресу:

Указать адрес проживания

телефон

адрес электронной почты (если имеется)

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
(диагностическое обследование)**

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 _____

(включая о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан

Документ, удостоверяющий личность _____ (наименование, серия и номер документа) Выдан _____

(включая о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)

Пациента _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется), пациента - 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 вышеназванные в Перечне 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; исследование 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) **офтальмологического диагностического обследования** с консультацией 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

	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 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 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 консультацией заведующего отделением, врача-офтальмолога другого отделения и проведение дополнительных методов офтальмологического обследования, а именно: ультразвукового исследования плазного яблока, компьютерной периметрии, определения пространственно-контрастной чувствительности, электрофизиологического исследования зрительного нерва и сетчатки, оптической когерентной томографии, исследования на фундус-камере, флюоресцентной ангиографии сетчатки, тоноскопии, тонографии, ультразвуковой биомикроскопии и доплерографии, микропериметрии, конфокальной микроскопии роговицы и эндотелиальной микроскопии, лазерной триплатметрии, оптического анализатора роговицы, абферометрии, тесты на гетерофорию и бинокулярное зрение, аккомодографии, а также промывания слезных путей, массажа век, эпипласти ресницы 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 осознаю, что 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: эрозия роговицы, аллергические реакции на используемые препараты, субконъюнктивальное кровоизлияние, конъюнктивит

(указать дополнительные, при необходимости)

- Я информирован(а) о целях, объеме, характере предоставляемого офтальмологического диагностического обследования, а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) ждать во время проведения обследования;

- Я проинформирован (а), что предоставление услуг 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 обследования;

- Я осведомлен(а) о том, что обследование может быть многоступенным. 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, согласован 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 (представителем) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах, физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представителем) во время жизнедеятельности, о принятых 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 помощи 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 могу отказаться от участия врачей-ординаторов.

- Даю свое согласие на использование изображения (фотографии, видео) моих 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 результата медицинского вмешательства. Я согласен(а) на проведение фото- и видеосъемки во время обследования и публикации фотографий моих 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, предоставлять 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, имена, отчества - полностью)

- Мне разъяснено, что перед осуществлением офтальмологического обследования я имею право от него отказаться.

Дополнительная информация:

(указать название (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, 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, 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 согласие 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 понятны возможные риски предстоящего вмешательства, осложнения и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства.

- Я принял(а) решение присутствовать 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 чужой-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 отказал себе от 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 неопознана, а:

- опустившему 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 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 _____ (паспорт/паспорт, серия и номер документа) Выдан _____ (число, месяц, год выдачи документа и выданном 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 _____ (паспорт/паспорт, серия и номер документа) Выдан _____ (число, месяц, год рождения)

Являюсь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)

Пациента _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – фамилия или полностью/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 вычтенные 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; исследование 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: _____

ОД _____

OS _____

и желаю получить следующие медицинские услуги в Учреждении.

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

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

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;
- Я 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 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 информирован(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 многоэтапным. Я информирован(а) о вероятности возникновения необходимости дополнительного обследования и/или лечения (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)
- 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 оказания 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 осознаю(а), что имеются возможные осложнения и осложнения моего заболевания (заболевания лицу, законным представителем которого я являюсь), таких как снижение зрения, воспалительные осложнения (эндофтальмит, иридоциклит), сосудистые нарушения (кровоотечение, тромбоз, окклюзия сосудов сетчатки, экзудативная геморрагия, ретробульбарная гематома, ишемическая нейропатия), катаракта, послеоперационная офтальмооптерия, вторичная глаукома, отслойка сетчатки, отслойка сосудистой оболочки, послеоперационный отек и дистрофия роговицы, разрыв задней капсулы, отслойка десклеметовой оболочки, рефракционные ошибки, смещение ИОЛ, остатки хрусталиковых масс, птоз верхнего века, высокое внутриглазное давление, внутриглазное воспаление, нарушение кровообращения в сосудах сетчатки и зрительного нерва и др.,

(Указать, допустимое, 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, сахарный диабет, 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 выявятся ситуации, требующие 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 глубжележащих структур, которые могут оказывать существенное влияние на остроту зрения после операции;

- Я поставлен(а) в известность о том, что в связи с хирургическим вмешательством по поводу глаукомы или забочеваний 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 медицинской 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, физические не возмещать 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, допустимое, при необходимости)

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

- Я добровольно 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 илригических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представителем) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах, физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представителем) 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 Учреждение, 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 указанных (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 информирован(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, проведения 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 профинансирован(а) о том, что на любом этапе обследования могут отказываться 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 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 результатов 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, предоставлять 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 при необходимости)

- Я имею(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) офтальмологического обследования и получения(а) на них нечерпывающие 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 медицинского 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 нечерпывающие 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 чужей-либо воли и мысли;

- Я информирован(а) о возможности заполнения анкеты для оценки качества оказания медицинских услуг в Учреждении, размещенных на сайте Учреждения и на бумажных носителях на информационном стендах Учреждения;

- Последнее 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 _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) _____ (число, месяц, год)
(для иностранных граждан)

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 неотложная, а:

- отсутствуют законные представители лиц, не достигших совершеннолетнего возраста, или недееспособных граждан,
- состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю,

вопросы 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.

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

Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства

Я пациент _____ (Фамилия, имя, отчество (если известны) пациента - полностью) № _____ ОТ _____ (число, месяц, год)
Медицинская карта пациента (амбулаторная) № _____ (число, месяц, год рождения)
дата рождения _____ (число, месяц, год рождения)

зарегистрирован(а) по адресу: _____ (адрес регистрации)
проживающий(ая) по адресу: _____ (адрес фактического проживания)

документ, удостоверяющий личность _____ (паспортные данные, 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 известны) законного представителя пациента - полностью) _____ (подпись/подпись, серия и номер документа) Выдан _____ (сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
документ, удостоверяющий личность _____ (паспортные данные, серия и номер документа)

являюсь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____ (Фамилия, имя, отчество (если известны) пациента - ребенка или недееспособного гражданина - полностью) _____ (число, месяц, год рождения)

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») № палаты _____ в отделении _____

добровольно даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) _____ (название вида обследования, возможность изменения анестезиологической тактики)

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, эмпирической лабильности пациента степень болевого синдрома может изменяться вне зависимости от применяемого способа обезболивания.
- Я информирован(а) о праве анестезиолога изменить тактику ведения анестезии и возможности развития следующих осложнений при выполнении анестезиологического пособия операции:
• боль в горле, осиплость голоса, кашель отек гортани, ларингоспазм, бронхоспазм, тошнота и

рытия в послеоперационном периоде:

- гематомы на местах неудачных попыток катетеризации вен;
- ретробульбарная парабульбарная гематома, перфорация планного 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, глотки, гортани, зубов, вплоть до травматической экстракции зубов, повреждение брекетов и других ортодонтических конструкций;
- пневмоторакс, гемоторакс, пнроторакс, релутингация и аспирация;
- судороги, вплоть до развития эпилептического статуса;
- острая дыхательная и/или сердечно-сосудистой недостаточности;
- 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 необходимыми 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 оговорено 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 предоставлял(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 (предоставляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах, физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (предоставляемого) во время жизнедеятельности, о принятых 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, согласовывая с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств.

- Я предупрежден(а) и осознал, что в случае невыполнения мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) рекомендаций лечащего врача, врача-анестезиолога-реаниматолога или сокрытия противозаконной для предоставления анестезиологического обеспечения Учреждения не несет ответственности за нежелательные последствия данного **анестезиологического обеспечения** медицинского вмешательства.

Дополнительная информация:

Указать наличие (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 преимуществы предстоящего анестезиологического обеспечения, возможность развития осложнений при выполнении анестезиологического пособия операции, мне разъяснены значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе, а также предоставляемая информация и разъяснения мне понятны, осознаны мной(о) и полностью меня удовлетворяют.

- Мне было предоставлено достаточно времени для принятия мной(о) 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, исключая 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 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 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, размещенных 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: Согласно 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 _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) _____ (число, месяц, год)
(законный представитель пациента)

В присутствии переводчика _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) _____ (число, месяц, год)
(для иностранных граждан)

Настоящее согласие подписано Пациентом (законным представителем) на приеме после проведения мною разъяснительной беседы, в процессе которой Пациент (законный представитель) получил полностью 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

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

Консилиум врачей в составе:

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

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство (коррекция зрения)**

Я пациент _____

(Фамилия, имя, отчество (если известно) пациента - полностью)

Медицинская карта пациента (амбулаторная) № _____ от _____

(Инициал, 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 15 лет, или недееспособных граждан

Документ, удостоверяющий личность _____

(паспортные, 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 известно) 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, аудиометрические исследования, тонометрия, тонометрия, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; исследования функций нервной системы; лабораторные методы исследования, 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) 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

Итого:	налога (НДС), руб.	без налога (НДС), руб.
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 помощи¹, 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 предлагаемые 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 предупреден(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,лений 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 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 восстановленное зрение у каждого пациента происходит очень индивидуально, у некоторых в более ранние сроки после операции, у других несколько позже, особенно при дооперации первичной рефракционной операции.
- Мне известно, что после любых методов коррекции зрения, у пациентов возможны побочные оптические эффекты, такие, как круги светорассеяния вокруг источника света («эйгет», «фалло», «starburst»), «засветка» от фар встречного транспорта, ослушение «тумана» в помещении, ослушение «размытости» контуров предметов, временное ослушение «двоения», снижение остроты зрения в условиях вечернего и ночного освещения по сравнению с дневным освещением и так далее.
- Мне известно, что после кератотомических 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 кератотомических операций.

- 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 заживления 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 специалиста по имеющемуся у меня главному и общему заболеваниям.

- Мне разъяснены рекомендации по соблюдению послеоперационного режима, а также больше зрительных нагрузок; физически не возмещать на оперированный глаз – тереть его или нажимать; не поднимать тяжести; 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 предоставляю(а) врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (лица, законным представителем которого я являюсь), обо всех проблемах, связанных со зрением, в том числе об индивидуальных проявлениях или индивидуальных непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (предоставляемых) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах, физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (предоставляемого) 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, консультирования и лечения в Учреждении и иные, влияющие на состояние здоровья и результаты 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 указанных (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.

- 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 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 (фотография, 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 видеозаписи направляются 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, предоставлять информацию о моем (лице, 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 - желательно)

- Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право от него отказаться.

Дополнительная информация:

(Указать при необходимости)

- Я инициативно задаю 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 действующими законодательствами.

- Я выражаю свое согласие со следующими пунктами:

(Указать при наличии)

- Я утверждаю, что мне разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющихся отношении 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 чужей-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 информационный 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 неопознана, а:

- отсутствием законные представители лиц, не достигших совершеннолетнего возраста, или недееспособных граждан,
- состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю,

вопрос об обследовании в интересах Пациента решают 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.

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

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 _____

_____ (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 - фамилия или недееспособного гражданина - полностью)

дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____

_____ (число, месяц, год рождения)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинского вмешательства в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее «Учреждение»), в том числе включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённой приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. № 390н (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, антропометрические исследования; 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:

ОД _____

и желаю получить следующие медицинские услуги в Учреждении:

ОС _____

№ 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 медицинского вмешательства, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.
- Я подтверждаю, что согласованно 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 резной степени интенсивности и согласен (а) с тем, что это является нормальным состоянием ответной реакции организма. В случае индивидуальной особенности организма, экзопонциональной лабильности пациента степень болевого синдрома может измениться вне зависимости от применяемого способа обезболивания.
- Я предупрежден(а) о возможных рисках и пренеципствах 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 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 консультации 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 заболевания, 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 дажд(а) свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) данного медицинского вмешательства.

- Мне даны разъяснения, что хирургическое вмешательство вызывает 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, экзугубивная геморрагия, ретробульбарная гематома, ишемическая нейрпатия), катаракта, послеоперационная офтальмотелереция, вторичная глаукома, отслойка сетчатки, отслойка сосудистой оболочки, послеоперационный отек и дистрофия роговицы, отслойка десцеметовой оболочки, рефракционные ошибки, смещение ИОЛ, спазм 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 слепотность 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 многостадийным. В частности, для достижения максимального зрительного эффекта могут понадобиться замена или хирургическая репозиция ИОЛ, лазерная коррекция зрения остаточных нарушений рефракции, экстракция хрусталика;

- В доступной для меня форме представлена 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 ижд(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно предлагаемой мне (представляемому) 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 обстоятельства, препятствующие выполнению данной операции, для выяснения ситуации, требующая частичного или полного изменения плана лечения, плана операции, анестезии, включения дополнительных врачей-специалистов, 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 служением, 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 глужблежащих структур, которые могут оказывать существенное влияние на острую 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 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 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 (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и провозловленных 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 алкогolia, 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 дожден(-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 результаты 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 скажутся на состоянии здоровья.

- Я предупрежден(-а) и осознаю, что в случае невыполнения мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) рекомендаций лечащего врача или сокрытия противопоставлений 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 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 публикации 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 медицинский документацию, в научных и образовательных целях, с учетом сохранения врачебной тайны и персоналий 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, предоставлять 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 имен(-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, сложность и сроки оказания медицинских услуг, включая возможные 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 предлагаемого вмешательства, осложнения при проведении операции и преимуществ, 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 чей-либо воли и мысли;

- Я информирован(-а) о возможности заполнения анкеты 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 неоплодотворенной, а:

- отсутствующим 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 «22» 04. 2026 г. № 94

Информированное добровольное согласие

на медицинское вмешательство (фактомультиспектральная имплантация «премиальной» интраокулярной линзы (с расширенной глубиной фокуса, с расширенной глубиной фокуса торической, мультифокальной, мультифокальной торической, торической))

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

(индивидуальные, 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

(индивидуальные, серия и номер документа)

Выдан

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

являюсь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)

Пациента

(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - 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, внутрискожно).

Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) **лечение** в соответствии с назначением врача по поводу:

ОД
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 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) 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 дополнительного 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)

- 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 повысить 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 вызывает некоторый дискомфорт в оперируемой области, возможно возникновение боли в глазу и прилегающих тканях;

- Мне объяснено и я осознал(а), что имеются возможные особенности и осложнения моего заболевания (заболевания лица, законным представителем которого я являюсь), таких как снижение зрения, воспалительные осложнения (эндофталмит, иридоциклит), сосудистые нарушения (кровоотечение, тромбоз, окклюзия сосудов сетчатки, эксфульсивная геморрагия, ретробульбарная гематома, ишемическая нейропатия), катаракта, послеоперационная офтальмогипертензия, вторичная глаукома, отслойка сетчатой 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, 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 слепяемость 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 понадобиться замена или хирургическая репозиция ИОЛ, лазерная коррекция зрения остаточных нарушений рефракции, дисцизия задней капсулы хрусталика;

- В доступной для меня форме представлена полная информация о целях, методах имплантации ИОЛ, связанном с ней риске, 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 предлагаемых 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 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 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 глуболежащих структур, которые могут оказывать 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 глаза, 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 дано 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 благоприятных 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, действительно, 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 алергических 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 результаты 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 указанных (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.

- Я предупрежден(а) и осознаю, что в случае невыполнения мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) рекомендаций лечащего врача или сокрытия противопоставлений для лечения Учреждение не несет ответственности за негативные 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 подтверждено 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 исключительную медицинскую или обучающую 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;

- Дано свое согласие на использование изображения (фотография, 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 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 дано свое согласие направлять результаты морфологических исследований по каналам электронной почты по адресу:

(Указать адрес электронной почты)

- Я разрешаю, в случае необходимости, предоставлять информацию о моем (лице, законным представителем которого я являюсь) диагнозе, степени тяжести и характере моего (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания родственникам, законным представителям, гражданам.

(Привести фамилию, имя, отчество - полностью)

- Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право от него отказаться.

Дополнительная информация:

(Указать название, 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 действующими законодательствами;

- 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 имеющихся отношении 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 ознакомил(ась) с данными документами 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 чужей-либо воли и мысли.

- Я информирован(а) о возможности заполнения анкеты 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 _____

(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 неоплачива, а:

- отсутствием 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 медицинское вмешательство (лазерное лечение в Отделении реконструктивной окулопластической и лазерной хирургии)

Приложение № 33
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Феофанова» Минздрава России
от « 22 » 04. 2026 г. № 94

Я пациент _____

(Фамилия, имя, отчество (если известны) 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 _____ (индентификация, серия и номер документа) Выдан _____

(заверения 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 известны) законного представителя пациента - полностью) Выдан _____

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

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____

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. Феофанова» 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 медико-санитарной помощи, утвержденного 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; нейзависимые исследования органа зрения и зрительных функций; исследование 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:

(дизайн, и т.д.)

и желаю получить следующие медицинские услуги в Учреждении:

№ п/п 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.

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

- Мне, согласно моей воле, даны полное и всестороннее разъяснение о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания, показаниях и противопоказаниях к выполнению медицинского(ого) вмешательства(а), а также разъяснен характер, порядок и содержание всех планируемых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному диагнозу; проведимых(ого) медицинским(ого) вмешательству(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: острое инфекционное состояние; 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 гемокраммических 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; розacea, купероз, псориаз; эпилепсия в сочетании с судорожными припадками; состояние иммунодефицита; индивидуальная непереносимость. Подписавшим настояще согласие 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, предлагаемые 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 подчиня(а) в доступной для меня форме полную информацию о перечне услуг, которые входят в лечение;

- Я предупрежден(а) о возможных рисках и неприятностях выбранного метода лечения, об альтернативных данному виду 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 осознаю, что при проведении хирургических, лечебных и/или диагностических процедур не исключена возможность инфекции, тромбоэмболии, жировой эмболии, анемии, кровотечения, аллергических реакций, смерти и иных неблагоприятных последствий;

- Я также понимаю, что возможны следующие осложнения и побочные явления в связи с планируемым процедурой: инфицирование обработанных участков кожи; стойкая эритема в области воздействия; шелушение кожи, кровянивая, кровянистая, гнойно- и гнипериприветация 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, возможны также побочные явления, как ожог кожи, что может повлечь дополнительные финансовые и временные затраты с моей стороны. После проведения процедуры на поврежденном участке кожи могут наблюдаться обычные явления: покраснение, отечность, корочка, мокнутие, проточивание 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), дискомфортные ощущения, 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(а). 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 использоваться 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 осознаю, что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения плана лечения (в связи с необходимостью проведения дополнительных медицинских процедур и вмешательства, необходимости 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 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, 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 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, возможная 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 привлекаемым им специалистами будут предприняты усилия на основе использования высококачественной медицинской техники и эффективных препаратов для надежного 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, многоэтапность хирургического лечения, нестандартное послеоперационное восстановление может потребовать дополнительных 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 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 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 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 показанных 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 сообщил(а) врачу об известных мне аллергических реакциях:

(Указать при наличии)

- Я сообщил(а) 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 сообщил(а) о своих вредных привычках (вредных привычках лица, законным представителем которого я являюсь)

(Указать при наличии)

- Я сообщил(а) 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 индивидуальных 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 (предоставляемого) 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, предоставляемой 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 также 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, автотанара; 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, воздержания 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 жидкие, 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 ретиноидные 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), гормонального статуса организма существенно влияет на достижение результата любой процедурой, эстетический эффект и его длительность от применения препарата, зависит от состояния кожи, возраста и образа жизни (курения, увлечения загаром, стресса, 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, заболевания, 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 обращаться 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 негативные последствия данного медицинского вмешательства.

- Я уведомлен(а), что несоблюдение указанных (рекомендаций) лечащего врача, в том числе относительно режима, лечения, может снизить качество предоставляемых 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, возникновение побочных эффектов, ухудшение нервно-двигательных 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 осложненным состояниям 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(а) 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 спрогнозировано 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 обшего 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 от учреждения без направления моего лечащего врача и проведения процедур, не согласованных с лечащим врачом, за качество 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 оказания мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи, проведения 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;

- Я даю согласие на использование моего изображения (изображения лица, законным представителем которого я являюсь) - кинингское 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 остаются собственностью Учреждения. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования 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, предоставлять 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;

(Полностью фамилия, имя, отчество - 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, 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) медицинского вмешательства(а), мною заданы все интересующие меня вопросы, не все вопросы мною получены все исчерпывающие понятия мне по содержанию и удовлетворившие меня ответы, разъяснения и рекомендации врача;

- Мне разъяснены значение всех методов лечения и по всем этапам лечения, мне понятны возможные риски предстоящего вмешательства, осложнения при проведении медицинский(ого) вмешательств(а) и преимущества, которые могут быть результатом этих(ого) видов(а) медицинский(ого) вмешательств(а);

- Мне было предоставлено достаточно времени для ознакомления, обсуждения и принятия решения. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях;

- Я внимательно ознакомил(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(ого) 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 понятна. Я предупрежден(а), что в случае необходимости предложенных 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 информационном стенде 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 предоставляемое 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)

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, набора веса, беременности, менопаузы или других обстоятельств, не связанных с проведенной операцией;

- 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 наилучшего выполнения запланированных процедур. Я понимаю, что врач не может дать мне гарантии относительно достижения желаемых результатов, особенностей и сроков моего восстановления. 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 достигну 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, необходимость 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 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 показанных под анестезией (наркозом). О степени анестезиологического риска предупреден(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 возникать побочные реакции на средства, используемые при проведении анестезии, операции и послеоперационного лечения;

- Я сообщая врачу об известных мне аллергических реакциях:

(Указать при наличии)

и о применяемых мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских препаратах:

(Указать при наличии)

- Я сообщая врачу обо всех спеланных 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, предоставив(а) врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальных 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 (предоставляемого) 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 неполноты и недостоверной информации по вопросам состояния здоровья, в результате медицинского вмешательства может ухудшиться результат лечения, могут возникнуть также 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 специалиста по имеющимся у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) заболеваниям, в связи с которыми 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 щадящий режим, который исключает занятия спортом, физические нагрузки, связанные с подъемом тяжестей, травма, прыжки, горячий ванн, посещение бани, сауны, купание в горячей ванне и предполагает ограничение в сексуальных отношениях; соблюдать водно-солевой диету 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; зашпачивать рубцы от попадания на них ультрафиолетовых лучей жидкостью 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 обращаться 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 исполнению перед и после проведенного медицинского вмешательства мной получены, они являются исчерпывающими, мне разъяснены и понятны;

- 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 такое же являются основанием для предъявления претензий Учреждению;

- Я извещен(а) о том, что все вышеперечисленное может привести к осложнениям состояния здоровья в послеоперационном периоде, мне разъяснено, что, в связи с этим может потребоваться дополнительное хирургическое лечение. Я осознаю, что для получения лучших результатов должен(на) до и после операции 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 спрогнозированы 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 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 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 на 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 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 патронажным контролем со стороны штатных специалистов и проинформирован(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 медицинском документальном 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. 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.

(Подписать, фамилия, имя, отчество - 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 согласие со следующими пунктами:

(Указать при наличии)

Дополнительная информация:

(Указать 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), и имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы относительно предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинского(ого) вмешательства(а), мною заданы все интересующие меня вопросы, не все вопросы мною получены все исчерпывающие понятные мне по содержанию и удовлетворяющие меня ответы, разъяснения и рекомендации врача;

- Мне разъяснено значение всех методов лечения и по всем этапам лечения, мне понятен возможный риск предложенного вмешательства, осложнения при проведении медицинского(ого) вмешательства(а) и преамбулы, которые могут быть результатом этих(ого) видов(а) медицинского(ого) вмешательства(а);

- Мне было предоставлено достаточно времени для ознакомления, обсуждения и принятия решения. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях;

- Я внимательно ознакомил(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, медицинский(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 периодах, мной получена, прочитана, мне разъяснена и понятна. Я предупреджен(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 предоставляемое 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 отдал себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях. Пациент расписался в моем присутствии.

должность врача

(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 «22» 04. 2026 г. № 94

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство (инъекционная косметология)**

Я пациент _____

(Фамилия, имя, отчество (если известно) 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 _____

(паспортные, 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 известно) законного представителя пациента - полностью)

документ, удостоверяющий личность _____

(паспортные, серия и номер документа)

выдан _____

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

являюсь 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 _____

(число, месяц, год рождения)

дано 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; выявление нарушений, требующих проведения косметологической коррекции; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, 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) **медицинского вмешательства** в соответствии с назначением врача по поводу:

(указать подробно)

и желаю получить следующие медицинские услуги в Учреждении:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без	Количество услуг	Общая стоимость

	наплата (НДС), руб.	без наплата (НДС), руб.
Итого:		
Итоговая сумма прописью: _____		

(сумма прописью)

без наплата (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 медицинского вмешательства, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;

- Лечащим врачом мне были разъяснены показания и цели введения препарата.

- Я осознал, что возможные болевые ощущения во время процедуры, реакции на процедуру в виде временной отечности, покраснения кожных покровов, аллергических реакций. После процедуры в зоне обработки на коже могут оставаться следы в виде папул (окружных 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, слезы, зуд, отек век, повышенное слезоотделение, сухость глаза, подергивание 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 дано мое согласие на это. Рекомендуюемые дозы препарата для использования в эстетической медицине не вызывают системных побочных эффектов.

- Я информирован(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 осознал, что во время процедуры могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(на) на то, что ход процедуры может быть изменен врачами 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 влажности кожа будет медленнее заживать в течение недели; опрыскать использование в течение 24 часов после процедуры кремов и декоративной косметики; отменить 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 инъекции в течение первых двух недель из-за возможного уменьшения эффекта. Не применять антибиотикотерапию 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, шлифовки 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; микстения; прием антибиотиков – аминогликозидов и/или тетрациклинов; процедура не проводится параллельно с приниками, имплантациями зубов и в течение нескольких дней после удаления зуба; склонность к образованию келоидных и гипертрофических рубцов; анафилактический шок и полиаллергия в анамнезе; множественные невусы; стрептококковая инфекция в анамнезе.

- Я подтверждаю(а) в известности 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, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я предупрежден(а) и осознал, что в случае невыполнения мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) рекомендаций лечащего врача или сокрытия противопоказаний для лечения Учреждением не несет ответственности за нежелательные 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 заболевания, в случае отсутствия каких-либо патологий "Укажите... 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 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 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 сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств;

- Я информирован(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.

- Дано мое 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 пробки фотоаппаратом 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 дано свое согласие направлять результаты морфологических исследований по каналам электронной почты по адресу:

(указать адрес электронной почты)

- Я разрешаю, в случае необходимости, предоставлять 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 - полностью)

- Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право от него отказаться.

Дополнительная информация:

- Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинского вмешательства и получил(а) на них исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех методов лечения;
- Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность (с моего согласия) наступного 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 выразил свое несогласие со следующими пунктами:

(указать при наличии)

- Я утверждало, 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 ознакомил(ась) с данным документом и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, понимаю, что он является юридическим и вносит 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 чужей-либо воли и мысли;
- Я информирован(а) о возможности заполнения анкеты для оценки качества оказания медицинских услуг в Учреждении, размещенных на сайте Учреждения и на бумажных носителях на информационном 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 _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) _____ (число, месяц, год)
 (законный представитель пациента)

В присутствии переводчика _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) _____ (число, месяц, год)
 (для иностранных граждан)

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 неопознана, а, - отсутствием 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 медицинское вмешательство (аппаратная косметология)**

Я пациент _____ (фамилия, имя, отчество (если имеется) полностью) _____ от _____ (число, месяц, год рождения)

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)

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

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, почитателем)

Пациента _____ (фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - ребенка или недееспособного гражданина - полностью) _____ Выдан _____ (сведения 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 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, осмотр, в том числе пальпация, антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечное, внутривенное, подкожно, внутрисуставное).

- 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:

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

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, допустительно, 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 добросовестно представлял(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, экологических и профессиональных факторов, физической, химической или биологической природы, возмущающих 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 Учреждение, 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 противопоставлений 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 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;

- Дано 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 в печатных изданиях и сети Интернет;

- Я информирован о том, что в случаях необходимости проведения морфологических исследований результаты должны быть получены мною лично 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, специализация, квалификация/подпись категория по специальности)

Лечащим врачом (врачом-специалистом):

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача, либо врача-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 частями 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в том числе в процессе проведения трансплантационного кондиционирования).

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, 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(а) 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 относительно 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;

(Указать, при наличии)

- Я утверждаю, что мне разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющихся отnoseние 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 пренаушества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства;

- Я принял(а) решение приступить к лечению 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 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 информационном стендае 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 неоплодотворенной, а - оплодотворенной законные представители лиц, не достигших совершеннолетнего возраста, или недееспособных граждан,

- состояние граждан не позволяет ему выразить свою волю, вопрос об обследовании в интересах Пациента решается коллегиально, а при невозможности собрать консенсус неформально лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением директора Учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечерние и ночное время - ответственного дежурного врача.

Приложение № 38
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04. 2026 г. № 94

ЗАЯВЛЕНИЕ

об отказе пациента (законного представителя) от проведения медицинского вмешательства

Я пациент

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

Медицинская карта пациента, получавшего № _____

от _____

медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Дата рождения _____

(число, месяц, год)

зарегистрирован(а) по адресу: _____

(число, месяц, год, рождения)

проживающий(ая) по адресу: _____

(адрес регистрации)

Документ, удостоверяющий личность _____

(адрес фактического проживания)

(инициалы, 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 _____

(инициалы, 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 - 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

(название медицинского вмешательства)

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

- Мне, согласно моей воле, в доступной для меня форме даны полные и достоверные 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 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;

- 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:

Дополнительная информация

(Указывайте кратко)

- 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)

К приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04.2026 г. № 94

АКТ

об отказе пациента (законного представителя) от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, отказа от медицинского вмешательства

г. _____ (число, месяц, год)

Мною, _____ (должность, 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 _____ (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)

_____ (название медицинского учреждения и выдавшего его органе)

обратившись в Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «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 причины отказа пациента от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, отказа от медицинского вмешательства)

Настоящий акт составил:

(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)
(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)

Содержание данного акта подтверждаем личными подписями:

Приложение № 40
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от « 22 » 04. 2026 г. № 94

ЗАМЕТКИ
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 _____

дата рождения _____ (число, месяц, год рождения) _____ (число, месяц, год)

зарегистрирован(а) по адресу: _____

(адрес регистрации)

проживающий(ая) по адресу: _____

(адрес фактического проживания)

документ, удостоверяющий личность _____

(инвентарные, 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 _____

(инвентарные, серия и номер документа)

Выдан _____

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

я 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)

находясь на лечении (обследовании) в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «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)

Пациент (законный представитель пациента)

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

В присутствии переводчика
(для иностранных граждан)

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

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 глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России
от «22» 04. 2026 г. № 94

Согласие Пациента (законного представителя Пациента)
на обработку персональных данных

Я пациент _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется) полностью)

медицинская карта пациента, получавшего 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 _____ (паспортные, серия и номер документа)

(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 _____ (индивидуальные, серия и номер документа) **выдан**

(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)

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 «Меджотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Минздрава Российской Федерации, Чебоксарский филиал (далее - Учреждение), расположенному по адресу: 127486, г. Москва, Бескудлинковский 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 медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, при обработке осуществляются 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 организациями (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 _____ 20 _____ год
_____ месяц _____

Приложение № 42
к приказу директора Чебоксарского филиала
ФГАУ «НМИЦ «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) 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 _____

(паспортные данные, серия и номер документа)

Выдан _____

(Фамилия, имя, отчество (если имеется) и выданный его орган)

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 _____

(паспортные данные, серия и номер документа)

Выдан _____

(Фамилия, имя, отчество (если имеется) родителя или недееспособного гражданина - полностью)

Являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)

Пациента _____

(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - 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, 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); 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 пописки 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 обязанность 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 (при наличии Фонда социального страхования, Министерства 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, полные разъяснения мне понятны.

Пациент (законный представитель Пациента)

(подпись)

(Фамилия, имя, отчество (если имеется))

Контактный телефон: _____

(номер телефона)

Дата: _____

число

месяц

20

год

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

Согласие Пациента (законного представителя Пациента)
на обработку персональных данных

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 _____

(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 _____

(паспортные, серия и номер документа)

выдан _____

(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)

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 «Мекотраслевой научно-технологический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Чебоксарский филиал (далее - Учреждение), расположенному по адресу: 127486, г. Москва, Бескуликовского бульвар, д. 59А (адрес юридического лица); 428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10 (адрес Чебоксарского филиала); 430030, Республика Мордовия, г. Саранск, Истгоринский проезд, д. 6 (адрес ИДО 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, заболевания, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, осуществлению и обязательным 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 медицинских организациям (при наличии официальной запрос), 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) _____ (год)

20 _____

Приложение № 44
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) 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 _____ (индентификация, серия и номер документа) Выдан _____

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 14 лет, или недееспособных граждан _____ (индентификация, серия и номер документа) Выдан _____

Документ, удостоверяющий личность _____ (индентификация, 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 - полностью) _____ (число, месяц, год рождения)

дата рождения ребенка или лица, призванного 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, Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10 (адрес филиала): 424000, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, Воскресенская набережная, д. 8 (адрес ДПО 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, заболевания, 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 обязаным 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 наименование настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Пациент (законный представитель Пациента) _____ (Фамилия, имя, отчество (если имеется))

Контактный телефон: _____ (номер телефона)

Дата: _____ (число, месяц, год) _____ (номер телефона)

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

Согласие Пациента (законного представителя Пациента) на обработку персональных данных

Я пациент _____

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

Медицинская карта пациента, получившего 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 _____

(индексация, серия и номер документа)

выдан _____

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

(уведомляю о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

Я, _____

(Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя пациента - полностью)

Документ, удостоверяющий личность _____

(индексация, серия и номер документа)

выдан _____

(уведомляю 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, дано 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. Фёдорова» 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. III (адрес ДЦО 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, включая: фамилию, имя, персональные данные, 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, заболеваний, случаях обращения за медицинской помощью в медицинские учреждения, 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 обеспечения (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, медицинские 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: _____ 20 ____

число

месяц

год