

ДОГОВОР №
(возмездного оказания медицинских услуг)

г. Москва

« » _____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника амбулаторной микрохирургии глаза», именуемое далее «Клиника», в лице Генерального директора Калининкова Юрия Юрьевича, действующего на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-007542 от 28 января 2014г., с одной стороны и _____, именуемый далее «Клиент», с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Понятия, используемые в настоящем договоре.

Врач Клиники или лечащий Врач Клиники – Врач Клиники, являющийся сотрудником клиники;

Другой врач – Врач, не являющийся сотрудником Клиники, у которого Клиент проходил (получал) или проходит (получает) обследования, консультации или лечение;

Медицинский персонал – медицинские сотрудники Клиники, не являющиеся врачами.

2. Предмет договора.

2.1. Клиника оказывает медицинские услуги, а Клиент их принимает и оплачивает в соответствии с условиями настоящего договора.

2.2. Место оказания медицинских услуг в соответствии с настоящим договором: г. Москва, ул. Яблочкова, дом 21, кор.3, ООО «Клиника амбулаторной микрохирургии глаза».

2.3. Перечень услуг, их стоимость и сроки оказания, указываются в приложении №1, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора (стр. №4).

3. Порядок расчетов.

3.1. Оплата производится путем перевода денежных средств на расчетный счет Клиники или в день оказания услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Клиники, кредитной пластиковой картой.

4. Права и обязанности сторон.

4.1. Клиника обязуется:

4.1.1. Оказать Клиенту медицинские услуги качественно и в сроки, предусмотренные настоящим договором.

4.1.2. Установить Клиенту диагноз в ходе обследования и консультаций.

4.1.3. Предоставить Клиенту достоверную информацию о результатах обследования, установленном диагнозе и прогнозе, необходимых методах лечения, связанных с ними рисками, их последствиями и прогнозируемых результатах лечения, дать необходимые медицинские рекомендации после завершения лечения.

4.1.4. Не разглашать сведения о факте общения Клиента за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении.

4.2. Клиент обязуется:

4.2.1. Достоверно и полностью информировать Врача Клиники обо всех имеющихся у Клиента ранее перенесенных травмах, операциях, отравлениях, заболеваниях, непереносимости лекарств, аллергических реакциях. Достоверно и полностью информировать Врача Клиники по всем задаваемым им медицинским вопросам.

4.2.2. Не применять в медицинских целях вещества и предметы, не предписанные Врачом Клиники или Другим врачом. Не осуществлять закапывания в глаз, не предписанные Врачом Клиники или Другим врачом. Не делать примочки на глаз, не предписанные Врачом Клиники или Другим врачом. Не прикладывать к глазу предметы, не предписанные Врачом Клиники или Другим врачом, не тереть и не чесать глаз чем-либо, не осуществлять прочие, не предписанные Врачом Клиники или Другим врачом неестественные воздействия на глаз.

4.2.3. Воздержаться от употребления спиртных напитков в течение месяца после операции и на более долгий срок, если это необходимо в соответствии с предписаниями Врача Клиники.

4.2.4. Полностью и в соответствии с указаниями Врача Клиники пройти предписанный Врачом Клиники комплекс обследований. Выполнять все предписания Врача Клиники и Медицинского персонала. Являться на осмотры, обследования и лечение в установленной Врачом Клиники время.

4.2.5. Подтверждать своей подписью свое согласие с предложенными методами лечения и информированность о возможных рисках.

4.2.6. Производить оплату медицинских услуг в соответствии с приложением №1 к настоящему договору.

4.3 Клиника имеет право:

4.3.1. В случае если в ходе операции возникает острое состояние, требующее в интересах Клиента расширения объема оперативного вмешательства, и (или) изменения метода обезболивания, а Клиент не в состоянии осознанно выразить свою волю, провести такое вмешательство по решению консилиума врачей, а в случае если собрать консилиум невозможно – непосредственно врачом с внесением такого решения в медицинскую карту амбулаторного больного и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации).

4.4 Клиент имеет право:

4.4.1. Консультироваться с Врачом Клиники обо всех медицинских аспектах оказания медицинских услуг в соответствии с настоящим договором, получить достоверную информацию о результатах обследования, установленном диагнозе и прогнозе, необходимых методах лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и прогнозируемых результатах лечения, а также необходимые медицинские рекомендации после завершения лечения.

5. Прочие условия.

5.1. Клиент проинформирован о том, что Клиника имеет ограничения по оказанию медицинской помощи, в частности, специализацию и рабочие часы и не принимает на себя ответственности за оказание медицинской помощи, выходящей за рамки настоящего договора. В то же время Клиент информирован о том, что ему доступны ряд других учреждений: поликлиники, больницы, служба скорой медицинской помощи и прочие надлежащие медицинские организации.

5.2. В случае если у Клиента возникает необходимость обратиться за медицинской помощью, которую не оказывает Клиника (а частности, в силу специализации), либо которую по каким-либо другим обстоятельствам Клиент не может своевременно получить в Клинике (в частности, в силу того, что Клиника работает только в определенное время суток, либо по каким-либо другим причинам), Клиент обязуется незамедлительно обратиться в иные доступные медицинские учреждения, в частности, обратиться по телефону 103 за помощью соответствующей службы, обратиться в местную поликлинику, больницу, либо другое надлежащее учреждение.

5.3. В случае необходимости получения медицинских услуг, выходящих за рамки настоящего договора, которую не оказывает, в силу вышеназванных причин, Клиника, или которые невозможно получить в государственных службах скорой медицинской помощи, поликлиниках, больницах и прочих медицинских учреждениях (хотя Клинике подобные ситуации неизвестны) Клиент обязуется самостоятельно обеспечить себя возможностью получения такой помощи.

5.4. В случае возможности получения медицинской помощи в Клинике, Клиенту настоятельно рекомендуется обращаться за получением медицинской помощи к лечащему Врачу Клиники. В случае невозможности, рекомендуется обсудить с лечащим Врачом клиники возможные места получения такой помощи.

5.5. Клиент проинформирован о том, что медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, оказываются только по адресу, указанному в п.2.2. настоящего договора.

6. Ответственность сторон.

6.1. За невыполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, предусмотренным настоящим Договором, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренным законодательством РФ.

6.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение обязательств по настоящему Договору, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы.

7. Порядок разрешения споров.

7.1. В случае возникновения разногласий между Сторонами, спор решается путем переговоров.

7.2. Все неурегулированные Сторонами путем переговоров споры решаются судом в г.Москве, в соответствии с действующим законодательством РФ.

Настоящий Договор составлен на 4 страницах в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

8. Реквизиты сторон.

Клиника

ООО «Клиника амбулаторной микрохирургии
глаза»

Юридический адрес:

127322, г. Москва, ул. Яблочкова, д. 21, кор. 3

ОГРН 5137746046818

ИНН 7715981393

ОКПО 18989299

Р/счет 40702810238040035299 в Московском
банке Сбербанка России ОАО г. Москва,

К/счет 30101810400000000225

БИК 044525225

Телефон: **(499)7508933**

Генеральный директор:

_____ Калинин Ю.Ю.

Клиент:

Ф.И.О. _____

Паспорт:

№ _____,

дата выдачи _____,

кем выдан _____,

код подразделения _____

Место регистрации:

Перечень оказываемых по договору медицинских услуг

Наименование услуги (процедуры)	Количество	Срок исполнения	Цена (руб.)*

*В стоимость включено стандартное послеоперационное обследование (проверка остроты зрения, биомикроскопия, измерение ВГД) в течение трех месяцев.

Я, нижеподписавшийся(аяся), _____ подтверждаю, что до меня в доступной мере, доведена информация о результатах обследования, установленном диагнозе и прогнозе, необходимых методах лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и прогнозируемых результатах лечения, объяснена сущность медицинской услуги, предусмотренной настоящим договором.

Я даю согласие на запись хода операции на информационные носители, использование сведений о состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при обследовании и лечении, другим гражданам, в том числе должностным лицам, исключительно в целях медицинского обследования и лечения, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе (без указания моего реального времени) и в иных целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я, зная о возможном риске негативных последствий, добровольно соглашаюсь на любые вмешательства, связанные с лечением.

В случае невыполнения мной предписаний Врача Клиники или не прохождения полного курса лечения ответственность за возможные негативные последствия возлагаются на меня.

_____/_____/_____
(подпись Клиента)