

Общество с ограниченной ответственностью «КДС» уведомляет, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения её в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

Пациент

(подпись)

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № 3236/22 14.07.2025

Общество с ограниченной ответственностью «КДС», именуемое в дальнейшем, **Исполнитель**, (Лицензия №ЛО41-01137-77/00574964; от 16 августа 2018 г. выдана: Департамент здравоохранения города Москвы на следующие виды медицинских работ (услуг): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, рентгенологии, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: общей врачебной практике (семейной медицине), терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, диетологии, кардиологии, колопроктологии, неврологии, ортодонтии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: колопроктологии, хирургии, при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности в лице Багдасаряна Савмела Львовича, действующего на основании УСТАВА, с одной стороны, и

(Ф.И.О Законного представителя)

(Ф.И.О Пациента)

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736. «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора.

- 1.1. В соответствии с условиями настоящего Договора Исполнитель обязуется по желанию и с согласия Пациента, руководствуясь медицинскими показаниями, оказать Пациенту, платные медицинские услуги по диагностике, профилактике, лечению имеющегося заболевания (-ний), состояния (-ний), реабилитации, консультированию, а также иные услуги (далее – услуги), а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг.
- 1.2. Настоящий Договор является рамочным по смыслу ст. 429.1 ГК РФ и определяет общие условия оказания всех медицинских услуг Пациенту. Детализация видов услуг, этапность их оказания, стоимости и т.д. определяется в планах лечения, счет-заказе, либо дополнительных соглашениях, являющиеся неотъемлемой частью настоящего договора.
- 1.3.Целью оказания медицинской услуги является сохранение, продление, повышение качества жизни Пациента, восстановление, улучшение, поддержание его здоровья. Достижение цели Договора зависит не только от совокупности необходимых, достаточных, добросовестных, целесообразных и профессиональных действий Исполнителя, но и от встречных со стороны Пациента действий, направленных на содействие Исполнителю в оказании качественной медицинской услуги.
- 1.4. Так как результат оказания медицинской услуги, как правило, носит нематериальный характер и выражается в достижении определенного состояния здоровья, то Исполнитель, в силу специфики сферы оказания медицинских услуг, не может сдать, а Пациент – осуществить приемку такого результата, исходя из чего доказательством оказания услуг по настоящему Договору служит выписной эпикриз из амбулаторной карты Пациента, или иная выписная медицинская документация, равно как и соответствующие записи в дневнике амбулаторной карты Пациента, свидетельствующие о факте исполнения Исполнителем взятых на себя обязательств.
- 1.5 Сроки ожидания платных медицинских услуг в отношении Потребителя могут составлять до 3 рабочих дней. Срок оказания Услуг зависит от состояния здоровья Потребителя, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Потребителя, расписания работы врача и согласовывается Сторонами устно или указывается в приложении к Договору - Предварительном плане (планах) лечения.
- 1.6 Пациент уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения потребителей в медицинских организациях.
- 1.7 Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе, за исключением случая, если необходимость в оказании таких услуг возникает непосредственно в момент оказания согласованной услуги и такие услуги необходимы по медицинским показаниям, по желанию Пациента. В этом случае исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя, дополнительно оказанные медицинские услуги фиксируются в Приложении, которое является неотъемлемой частью настоящего договора и оплачиваются Пациентом по итогам оказания услуг.
- 1.8 Пациент подтверждает, что в момент заключения настоящего договора в наглядной и доступной форме уведомлен Исполнителем о том, что пациент может получать соответствующие виды и объемы медицинской помощи без взимания платы в медицинских организациях, действующих в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Пациент поставлен в известность, что Исполнитель не участвует в вышеуказанных программах.

2. Права и обязанности Сторон.

2.1. Исполнитель обязуется:

- 2.1.1. Оказывать медицинские услуги надлежащего качества в соответствии с Лицензией, имеющейся МТБ и требованиями, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации;
- 2.1.2. Заносить необходимые данные, отражающие состояние здоровья Пациента и ходе лечения и т.д., в медицинскую карту Пациента;
- 2.1.3. Информировать Пациента о состоянии его здоровья, применяемых методах обследования и лечения, возможных последствиях лечения и допустимых осложнениях;
- 2.1.4. Ознакомить Пациента с Прайс-листом цен, с правилами оказания медицинских услуг в Обществе с ограниченной ответственностью «КДС» и порядком оплаты медицинских услуг, а также другой информацией, предусмотренной законодательством РФ;
- 2.1.5. Согласовывать с Пациентом предложенный план лечения и сделать предварительную приблизительную оценку стоимости всего лечения, о чем проинформировать Пациента;

- 2.1.6. Информировать Пациента о возможном изменении плана лечения и соответственно, об изменении стоимости лечения;
- 2.1.7. Предоставить по письменному запросу Пациента необходимые документы (справки, выписки, копии медицинских документов и прочее) в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента представления соответствующего запроса, если более длительный срок для выдачи упомянутых выше сведений не предусмотрен действующим законодательством или необходим исходя из сложившейся врачебной практики. Документы с перечисленной выше информацией выдаются Пациенту под роспись;
- 2.1.8. Соблюдать режим конфиденциальности в отношении любой информации, полученной от Пациента, в т.ч. при обработке персональных данных Пациента соблюдать требования, предусмотренные действующими нормативными актами Российской Федерации.

2.2. Исполнитель имеет право:

- 2.2.1. Получать полную и подробную информацию о состоянии здоровья Пациента;
- 2.2.2. Отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий в случае невыполнения Пациентом требований лечащего врача и условий настоящего Договора;
- 2.2.3. Приостановить оказание услуг, если на то есть медицинские противопоказания, либо Пациент находится в состоянии наркотического или алкогольного опьянения, либо не соблюдает правила предоставления медицинских услуг в Обществе с ограниченной ответственностью «КДС»;
- 2.2.4. Поручить оказание услуги врачу Общества с ограниченной ответственностью «КДС», который обязан обеспечить качественные и наиболее безболезненные методы лечения в соответствии с медицинскими показаниями Пациента. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для посещения Пациенту, Исполнитель вправе назначить другого врача для проведения лечения, или перенести прием на другой удобный для Пациента день с согласия Пациента;
- 2.2.5. При отсутствии возможностей для оказания специальной медицинской помощи рекомендовать Пациенту обратиться в иную медицинскую организацию.
- 2.2.6. Привлекать третьих лиц для оказания Услуг по настоящему договору информация о которых доводится до сведения Пациента дополнительно.

2.3. Пациент обязуется:

- 2.3.1. Предоставить Исполнителю (лечащему врачу) подробную информацию о состоянии своего здоровья, в т.ч. отягощенной наследственности, перенесенных и имеющихся заболеваний, иных известных Пациенту особенностях организма, способных оказать влияние на ход лечения и его эффективность.
- 2.3.2. Незамедлительно сообщать обо всех неблагоприятных симптомах в состоянии своего здоровья;
- 2.3.3. Соблюдать предписания лечащего врача и внутренний распорядок Исполнителя, в т.ч. являться на лечение в установленное Исполнителем время;
- 2.3.4. Своевременно оплачивать счета за оказанные медицинские услуги согласно положениям настоящего Договора;
- 2.3.5. Изъявлять свое согласие либо несогласие с предложенным планом лечения;
- 2.3.6. Подписать Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в подтверждение о своей информированности о правилах оказания медицинских услуг и возможных осложнениях после всех необходимых разъяснений врача;
- 2.3.7. Ознакомиться с информацией, утвержденной Исполнителем и обнародованной по месту предоставления услуг;
- 2.3.8. При каждом посещении иметь при себе документ, удостоверяющий личность и предъявлять его по первому требованию администрации. В случае оказания услуг анонимному пациенту, информация о документах, удостоверяющих личность, фиксируется со слов пациента.
- 2.3.9. Бережно относиться к имуществу Исполнителя.

2.4. Пациент имеет право:

- 2.4.1. Получить заключение или выписку из медицинской карты Пациента с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций;
- 2.4.2. В случае оказания медицинских стоматологических услуг требовать гарантийного обслуживания на условиях, утвержденных Исполнителем и обнародованных по месту предоставления услуг;
- 2.4.3. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги;
- 2.4.4. Отказаться от медицинских услуг в целом, или конкретных манипуляций.

3. Условия и порядок оказания услуг.

- 3.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору исходя из перечня услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с Лицензией.
- 3.2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в месте осуществления деятельности по адресу: 125504, г. Москва, Дмитровское шоссе, д. 81, пом.3/2, а также в медицинских организациях, имеющих с ним соответствующие Договоры.
- 3.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием или в порядке установленной очереди. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через регистратуру Исполнителя посредством телефонной и иной связи, включая возможность записи на прием на интернет-сайте Исполнителя, по адресу: <https://kdc.clinic>. Телефон регистратуры: +7(495)121-04-03.
- 3.4. График работы Исполнителя: ежедневно с 08:00 до 21:00 (без выходных). Прием врачей-специалистов осуществляется по скользящему графику, утверждаемому генеральным директором, информацию о котором можно получить в регистратуре Исполнителя, на его информационном стенде.
- 3.5. Медицинские услуги в рамках настоящего Договора оказываются при наличии соответствующих заявлений и (или) информированных добровольных согласий Пациента на медицинские вмешательства в соответствии с требованиями законодательства РФ.
- 3.6. В случае, если в ходе исполнения настоящего Договора потребуются оказание Пациенту дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы его жизни, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, то такие услуги оказываются Исполнителем незамедлительно и без взимания платы.
- 3.7. В Правилах внутреннего распорядка отражена дополнительная информация по условиям и порядкам оказания медицинских услуг на территории Исполнителя. Пациенту необходимо ознакомиться с этим документом на информационном стенде Исполнителя.
- 3.8. Подписывая настоящий договор, Пациент также подтверждает, что: делает это добровольно без принуждения и давления, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения; полностью ознакомлен с Правилами предоставления Исполнителем платных медицинских услуг населению, размещенные на официальном сайте Исполнителя и на информационном стенде Медицинской организации.

4. Стоимость и порядок оплаты.

- 4.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с перечнем и стоимостью услуг Исполнителя, указанных в его Прайс-листе (перечне платных медицинских услуг с указанием цен в рублях), действующем на момент оказания услуги, и выражаются в оказании медицинской помощи, соответствующей юридическим, профессиональным и морально-этическим нормам, разрешенным на территории РФ и обязательным для данного вида деятельности. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает то, что он ознакомился с Прайс-листом Общества с ограниченной ответственностью «КДС» и имел возможность задать необходимые вопросы и получить на них ответы.
- 4.2. Исполнитель вправе изменять Прайс-лист в период действия Договора. Информация об изменении стоимости медицинских услуг, доводится до Пациента способами, установленными Правительством РФ, а в случае, если на момент оказания услуг таковые отсутствуют, то способами, обычно применяемыми в сфере услуг, в наглядной и доступной форме.
- 4.3. Пациент обязан оплачивать медицинские услуги Исполнителя в день их оказания. Также возможна предварительная оплата услуг в соответствии с требованиями Исполнителя.
- 4.4. Оплата медицинских услуг Пациентом производится в следующем порядке: Пациент оплачивает медицинские услуги до их оказания, или сразу после их оказания в случае невозможности определить весь объем услуг до окончания приема врача.

МП.

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
К ДОГОВОРУ №.3236/22**

Я, нижеподписавшийся(яся):

Адрес:

Паспорт:

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.06.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками Общества ограниченной ответственностью «КДС» моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваний, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

- В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Общества с ограниченной ответственностью «КДС» в интересах моего обследования и лечения.
- Предоставляю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Общество с ограниченной ответственностью «КДС» вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) договором ДМС.
- Общество с ограниченной ответственностью «КДС» имеет право во исполнение своих обязательств при работе по договору ДМС на прием и/или передачу моих персональных данных со страховой медицинской организацией с использованием электронных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. По моему запросу предоставляю Обществу с ограниченной ответственностью «КДС» право предоставлять мне данные по электронной почте.
- Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.
- Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ года и действует бессрочно.

Подпись: _____ / _____

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Общества с ограниченной ответственностью «КДС» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Общества с ограниченной ответственностью «КДС». Я понимаю, что в случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Общество с ограниченной ответственностью «КДС» обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись _____ / _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО №3236/22

Я, _____, находясь на обследовании и лечении в Обществе с ограниченной ответственностью «КДС», даю информированное добровольное согласие на оказание мне медицинских услуг, включенных 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, утвержденный приказом Минздрава России от 23 апреля 2012 г. № 390н. Я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме, мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких нижеуказанных видов медицинского вмешательства:

- Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное и ректальное исследование.
- Антропометрические исследования, термометрия и тонометрия.
- Неинвазивные исследования органов зрения и слуха и их функций.
- Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
- Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
- Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия.
- Рентгенологические методы обследования, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно.
- Медицинский массаж и лечебная физкультура
- Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.
- Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в Обществе с ограниченной ответственностью «КДС», и обязуюсь их соблюдать.
- Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит делать во время их проведения.
- Я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;
- Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.
- Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я ознакомлен(а) и согласен(сна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;
- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания следующим гражданам: _____.

Настоящее согласие дано мной

_____/_____
(фамилия, имя, отчество) (подпись Пациента)

Расписался в моем присутствии: Администратор

_____/_____
(должность, фамилия, имя, отчество) (подпись)

**ЗАПРОС НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ В ЭЛЕКТРОННОЙ ФОРМЕ
И СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ДАННЫХ (В ТОМ ЧИСЛЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ)
ПО ОТКРЫТЫМ КАНАЛАМ СВЯЗИ (ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ, СЕТИ ИНТЕРНЕТ)
К ДОГОВОРУ № 3236/22**

Я, нижеподписавшийся(яся):

Фамилия Имя Отчество:

Адрес:

Паспорт:

Прошу предоставить мне в электронной форме информацию о медицинской помощи, оказанной мне Обществом с ограниченной ответственностью «КДС» (в т.ч. результаты лабораторных анализов, рентгенографии, УЗИ, инструментальных исследований и т.д.)

за/с «_____» _____ 20_____ г. по «_____» _____ 20_____ г. /

за весь период оказания мне медицинской помощи

(нужное подчеркнуть)

направляя ее по адресу моей электронной почты:

- Для реализации данного Запроса предоставляю право медицинским работникам Общества с ограниченной ответственностью «КДС» передавать мне мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну по открытым каналам связи (электронной почте, сети Интернет).
- Согласен, что срок хранения моих данных на серверах (используемых для передачи данных) сторонних организаций, соответствует информационной политике администратора сервера.
- Передача моих данных иным лицам по открытым каналам связи (электронной почте, сети Интернет) может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной г. года и действует бессрочно.

Подпись: _____ / _____

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

Подпись: _____ / _____