

Приложение № 1

к ОФЕРТЕ о заключении договора на оказание платных медицинских услуг

ФОРМЫ

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, 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

Я, гражданин(ка) РФ _____, _____ года рождения (паспорт гражданина РФ серии ____, номер _____, выдан _____),

зарегистрированный(ая) по _____ адресу: _____, проживающий по адресу: _____,

контактный телефон: _____, адрес электронной почты (e-mail) _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, 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 (далее по тексту — «Перечень видов медицинских вмешательств»), при оказании мне в Обществе с ограниченной ответственностью «МЕДЭСТ» (сокращенное наименование – ООО «МЕДЭСТ»).

Я ознакомлен с указанным ниже 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 о 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.

№	Вид медицинского вмешательства
1.	Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза

Услуга/ Программа	Стоимость, руб. в день	Срок предоставлен ия Услуги/Программы	Начало срока действия Программы
			С 24:00 дня внесения любой суммы в счет оплаты Услуг по Программе

Мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

- Я проинформирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах предлагаемого мне медицинского вмешательства, диагностических и лечебных процедур и возможности непреднамеренного причинения вреда моему здоровью при их проведении, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я понимаю необходимость проведения указанного медицинского вмешательства. Мне полностью ясно, что во время манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения), на которые я даю согласие моим врачам;

- 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 уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения и диагностики, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций в процессе оказания мне (представляемому) оказываемого медицинского вмешательства;

Заявление об акцепте оферты

о заключении договора на оказание платных медицинских услуг

Я, гражданин(ка) РФ _____, _____ года рождения (паспорт гражданина РФ серии ____, номер _____, выдан _____), зарегистрированный(ая)

по адресу: _____, проживающий по адресу: _____, контактный

телефон: _____, адрес электронной почты (e-mail) _____;

1. Признаю, что ознакомлен(а), согласен(а) и безоговорочно присоединяюсь к условиям оферты о заключении договора на оказание платных медицинских услуг Медицинской организации с Обществом с ограниченной ответственностью «МЕДЭСТ» (сокращенное наименование – ООО «МЕДЭСТ») (далее - Медицинская организация), в связи с чем прошу заключить со мной Договор на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор). Настоящим выражаю готовность стать «Заказчиком/Пациентом» по Договору, набор услуг, порядок и период их оказания, указанные на сайте по адресу: <https://lk.doconline.ru/agreements> меня полностью удовлетворяют и понятны, мне необходимы данные услуги.

2. Настоящим подтверждаю, что ознакомился с условиями Договора, размещенными на сайте по адресу: <https://lk.doconline.ru/agreements> и (или) в личном кабинете Пациента, созданного на сервисе «Doconline» Я понимаю текст данных условий, выражаю свое полное согласие с ними и обязуюсь их выполнять.

3. Настоящим выражаю желание приобрести Абонентскую подписку/Разовую услугу по Программе Медицинской организации (далее – программа либо подписка) на следующих условиях:

Услуга/ Программа	Стоимость, руб. в день	Срок предоставлен ия Услуги/Программы	Начало срока действия Программы
			С 24:00 дня внесения любой суммы в счет оплаты Услуг по Программе

Условия о перечне Услуг, их цене, периоде и порядке оказания услуг мне разъяснены Медицинской организацией, понятны и Я заявляю о прямом согласии на принятие этих условий.

Я выражаю полное и безоговорочное согласие с тем, что:

- оплачивая Программу, я намереваюсь воспользоваться Услугами я отмечаю высокую полезность Услуги для себя.

- Медицинская организация вправе в одностороннем порядке изменять Программу путем размещения её на сайте Медицинской организации. Условия измененной Программы для Заказчика (Пациента) на будущий Период Программы и публикуются на сайте Медицинской организации, а также путем уведомления Заказчика (Пациента) в Личном кабинете. Стороны признают, что такое уведомление об изменении Программы является надлежащим и Заказчик (Пациент) при продлении Подписки на новый период является надлежащим образом уведомленным.

- по окончании периода данной Подписки Услуга считается оказанной надлежащим образом и засчитывается Медицинской организацией в счет оплаты стоимости Услуг, не зависимо от того, было ли затребовано Заказчиком (Пациентом) оказание таких Услуг или нет (абонентский платеж по Подписке). Кроме того, Услуга считается оказанной надлежащим образом при получении Заказчиком (Пациентом) заключений/рекомендаций от медицинских специалистов по тематике, предусмотренной Программой.

- по истечении периода Подписки срок действия Подписки автоматически возобновляется на новый период неограниченное число раз, если ни одна из сторон Договора не возразит относительно продолжения действия Абонентской подписки либо не заявит о расторжении Договора.

- в случае истечения оплаченного срока пользования Программой, возобновление Подписки возможно только после внесения денежных средств в размере стоимости Программы Заказчиком (Пациентом). При оплате на следующий период, действие Программы возобновляется.

- Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) 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 ознакомлен(а) с порядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно- профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, 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 уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- Я даю согласие на оказание медицинской помощи на платной основе;

- Я согласен(на) на проведение медицинского вмешательства другими медицинскими работниками в том числе работниками иных Медицинских организаций, с учетом сохранения врачебной тайны.

Подпись Заказчика (Пациента) _____

дата _____

Подписано с помощью электронной подписи

- оплата по Подписке вносится независимо от того, затребовал Заказчик/Пациент Услугу в период Программы.

- запрос на отключение Подписки может быть сформирован Заказчиком (Пациентом) в любое время с соблюдением порядка, предусмотренного Договором.

- после отключения Подписки Заказчик (Пациент) утрачивает право требования Услуг по Программе.

- денежные средства за оплаченную Заказчиком (Пациентом) Подписку не подлежат возврату, учитываются в качестве абонентского платежа.

- Медицинская организация вправе отключить автоматическое продление по Подписке при нарушении Заказчиком (Пациентом) сроков оплаты более чем на 15 (пятнадцать) календарных дней, уведомив об этом Заказчика (Пациента) по телефону, указанному при регистрации, электронной почте, Сервис или через приложение «Doconline». При этом за Медицинской организацией сохраняется право требования оплаты предшествующего периода Подписки.

Я подтверждаю, что до начала оказания Услуг ознакомился с действующими условиями Подписки, размещенными на сайте Медицинской организации.

4. Я даю право обслуживающему Карту банку распоряжение на перечисление денежных средств с Карты (акцепт платежника оператору по переводу денежных средств), данные которой указаны в Анкете и/или Личном кабинете, а также получены Медицинской организацией от третьих лиц с моего согласия, в пользу Медицинской организации ООО «МЕДЭСТ» на перевод денежных средств на основании требования получателя — Медицинской организации — для целей приобретения Программы Медицинской организации, продления оказания Услуг, возобновления действия Программы/Тарифа, оплаты разовой услуги (после того, как денежные средства были успешно списаны с банковской карты в пользу погашения долга, данная операция не может быть оспорена), а также для проверки правомочности владения и использования Заказчиком (Пациентом) Карты, в том числе путем резервирования денежных средств на Карте, согласно положению ст. 6 Федерального закона от 27.06.2011 № 161-ФЗ «О национальной платежной системе».

5. Для проверки правомочности владения использованием Заказчиком (Пациентом) Карты Медицинская организация вправе отправить запрос банку-эмитенту Карты на списание со счёта Карты суммы в пределах 10 рублей (случайная сумма от 1 рубля до 10 рублей), или на резервирование суммы денежных средств на Карте в пределах 10 рублей (случайная сумма от 1 рубля до 10 рублей). При совершении запроса Заказчик (Пациент) в режиме реального времени получает данные о сумме списания или резервирования. Списанная или резервированная сумма не является платой за заключение Договора, на нее не подлежат начислению проценты по денежному обязательству (ст.317.1 ГК РФ). Списанная сумма в течение 30 дней подлежит автоматическому возврату на счёт Карты Заказчика (Пациента). В отношении резервированных денежных средств, которое было осуществлено в целях проверки правомочности владения пользования Картой, происходит отмена резервирования.

6. Выражаю своё согласие на обработку моих персональных данных Медицинской организацией в соответствии с Федеральным Законом №152-ФЗ «О персональных данных» в целях исполнения обязательств Медицинской организацией по Договору и совершения им в рамках Договора всех необходимых действий, направленных на его исполнение. Со всеми правами, предусмотренными гл.3 №152-ФЗ «О персональных данных», а также Политикой обработки персональных данных, утвержденной в ООО «МЕДЭСТ», Я ознакомлен(а).

7. Подтверждаю, что не являюсь лицом, относящимся к категориям, перечисленным в ст.7.3. Федерального закона от 07.08.2001 №115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём, и финансированию терроризма».

Подпись Заказчика (Пациента) _____

дата _____

Подписано с помощью электронной подписи

Информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

Я, гражданин(ка) РФ _____, _____ года рождения (паспорт гражданина РФ серии __, номер _____, выдан _____), зарегистрированный(ая) по адресу: _____,

проживающий по адресу: _____ контактный телефон: _____, адрес электронной почты (e-mail) _____, даю информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (далее – телемедицинская консультация).

В частности, мне разъяснено и понятно, что:

1. Консультации с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях:
 - а) профилактики, сбора, анализа моих жалоб и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием моего здоровья;
 - б) принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).
2. При проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения при условии установления им диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации).
3. Дистанционное наблюдение за состоянием моего здоровья назначается лечащим врачом после очного приема (осмотра, консультации).

Мне разъяснено, что Я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства, потребовать его (их) прекращения. Я

осознаю, что в результате телемедицинской консультации лечащий врач может прийти к выводу о необходимости очного приема (осмотра, консультации).
Я понимаю, что постановка диагноза на телемедицинской консультации невозможна, а коррекция ранее назначенного лечения возможна при условии установления диагноза и назначения лечения на очном приеме.
Я понимаю, что несообщение врачу сведений о состоянии моего здоровья, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и результатах телемедицинской консультации.
Я полностью понимаю суть изложенного, мне даны ответы на все заданные мною вопросы, я не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема предоставленной мне информации.
Подписывая настоящее Информированное добровольное согласие, я удостоверяю, что текст моего Информированного добровольного согласия оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при первичном обращении мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Подпись Заказчика (Пациента) _____

дата _____

Подписано с помощью электронной подписи

Заказчик (Пациент) _____ **20** _____ года
(Фамилия Имя Отчество полностью, подпись, дата)

Подписано с помощью электронной подписи