**ПРИЛОЖЕНИЕ №1 к Договору на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.**

**ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ, КОЛИЧЕСТВО, СТОИМОСТЬ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , (Ф.И.О. пациента)

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и ООО «Центр эстетической и реконструктивной медицины «Ал-Иса», в лице генерального директора Давудова Османа Исаевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с другой стороны, подписали настоящее Приложение №1 к Договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г., о нижеследующем.

1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать следующие виды платных медицинских услуг:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование услуги | Цена (в руб.) | Кол-во | Общая сумма | Дата оказания услуги |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
|  | Общая стоимость услуг |  |

1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется закупить следующие имплантируемые устройства и специфические материалы, необходимые для качественного проведения оперативного вмешательства:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование устройств и материалов | Цена (в руб.) | Кол-во | Общая сумма |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| Общая стоимость устройств и материалов |  |

1. Итоговая стоимость составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )
2. Заказчик обязуется непосредственно после подписания Договора произвести 100% предварительную оплату всей стоимости запланированного курса лечения и расходов на закупку необходимых материалов.
3. Стороны пришли к соглашению, что Исполнителем по поручению Заказчика могут быть оказаны иные услуги, не включенные в настоящее Приложение. Подобные дополнительные услуги подлежат оплате непосредственно после их оказания на основании прейскуранта цен Исполнителя, действующего на дату оказания дополнительных услуг, и оформляются в форме дополнительного Приложения к настоящему Договору.
4. Стороны установили, что в случае, если Договор будет досрочно расторгнут по инициативе любой из Сторон или по их обоюдному соглашению, услуги Исполнителя подлежат оплате в полном размере, независимо от объема фактически оказанных Заказчику услуг.

 ПОДПИСИ СТОРОН

 «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

 Подпись Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись Исполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПРИЛОЖЕНИЕ №2 к Договору на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.**

**ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Подписывая данный документ, я (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю согласие на операцию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование операции)

и прошу Исполнителя, в лице хирурга \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ провести мне эту операцию.

1. Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером и особенностями предстоящей операции, возможными опасностями и осложнениями от ее проведения.
2. Я понимаю, что во время операции может быть обнаружена другая патология, требующая обязательного хирургического лечения, и в таком случае, ход операции и ее объем может быть изменен врачами по их усмотрению.
3. Я понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, развития инфекционных осложнений, возникновением нарушений со стороны сердечно-сосудистых и других систем организма.
4. Я также предупрежден(а) врачами клиники о возникновении потенциальной опасности для моего здоровья (жизни) в следующих случаях:
* при неполном информировании мной врачей о моих медицинских проблемах, в том числе имевших место в прошлом (перенесенные заболевания и операции, повышенная чувствительность к лекарствам, злоупотребление алкоголем и наркотическими препаратами, ухудшение самочувствия перед операцией и др.
* при нарушении данных мне указаний и рекомендаций, в том числе: в подготовке к операции (ограничения в приеме пищи, прием назначенных лекарств, отказ от приема других медикаментов и др.) и по режиму поведения после операции и после выписки из клиники (соблюдение постельного режима, ограничение физических нагрузок, половой покой, сроков выхода на работу и др.).
1. Я предупрежден(а), что после операции возможно развитие (но необязательно) любых общехирургических осложнений, в том числя ряда специфических:
* Образование послеоперационных гематом, для устранения которых иногда требуется срочная ревизия раны с целью остановки кровотечения (иногда с тампонадой и дренированием полости гематомы)
* Инфицирование послеоперационной раны (редкое осложнение), которое чаще всего развивается из-за снижение иммунитета.
* Замедленное или ненормальное заживление (встречается крайне редко), которое, как правило, обусловлено индивидуальными иммунными особенностями, которые невозможно учесть до операции. К счастью, есть целый ряд средств, использование которых позволяет эффективно решать эту проблему.
* Послеоперационные рубцы, которые достаточно быстро превращаются в незаметные белые полоски. Крайне редко (у менее 1% оперированных) формируются гипертрофические келоидные рубцы, причиной которых является индивидуальная склонность пациента к образованию «грубых» рубцов. В случае своевременного обращения к врачу, патологический процесс формирования рубца можно минимизировать или приостановить специальными методами консервативной коррекции.
* Пигментация кожи и рубца, которая развивается у пациентов с чувствительной и нежной кожей. Это лечения не требует, пигментные пятня исчезают в течении года.
1. Я полностью понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций и требований может способствовать развитию и (или) общих осложнений или даже стать их причиной. Это в свою очередь может ухудшить результаты лечения, увеличить его продолжительность, а в некоторых случаях потребовать дополнительного стационарного лечения и проведения повторных операций.
2. Я понимаю, что хирургия – это не точная наука и что даже самый опытный хирург не может дать стопроцентную гарантию успеха лечения.
3. Я удостоверяю, что ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, и что полученные мной объяснения полностью меня удовлетворяют, и я с ними согласен.

 ПОДПИСИ СТОРОН

 «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. Подпись Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись Исполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПРИЛОЖЕНИЕ №3 к Договору на оказание платных медицинских услуг**

ООО «Центра эстетической и реконструктивной медицины «Ал-Иса»

**№\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.**

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

 Я, нижеподписавшийся (Ф.И.О. полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 19 \_\_\_\_\_\_ г.р., проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт: серия и номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных в ООО «Центром эстетической и реконструктивной медицины «Ал-Иса» (далее — ЦЭиРМ), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

 В процессе оказания ЦЭиРМ мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ЦЭиРМ, в интересах моего обследования и лечения.

 Предоставляю ЦЭиРМ право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование и уничтожение. ЦЭиРМ 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.

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

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

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

 Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. и действует бессрочно.

 Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа

 Контактные телефоны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПРИЛОЖЕНИЕ №4 АКТ ПРИЕМА-СДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**к Договору на оказание платных медицинских услуг**

**№\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.**

Г. Махачкала «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

 В соответствии с Договором оказания платных медицинских услуг от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_ , заключенного между ООО «Центр эстетической и реконструктивной медицины «Ал-Иса» (Исполнитель) и (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Заказчик), Исполнитель оказал Заказчику следующие медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование услуги | Дата и время | Специалист (Ф.И.О.) | Стоимость (в руб.) |
| 1. | Операция – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 2. | Общее обезболивание |  |  |  |
| 3. | Госпитализация |  |  |  |
| 4. | Лабораторные исследования |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| ИТОГО |  |

 Стороны удостоверяют (нужное подчеркнуть), что:

1. Услуги оказаны надлежащим образом: ДА / НЕТ, выполнены в срок: ДА / НЕТ, их качество соответствует условиям Договора: ДА / НЕТ и приняты Заказчиком в полном объеме: ДА /НЕТ
2. Претензий к Исполнителю по качеству оказанных услуг Заказчик не имеет / имеет. Оформлен дефектный акт – НЕТ / ДА, который взят Исполнителем на рассмотрение.
3. Услуги Исполнителя, в соответствии с Договором, оплачены полностью: ДА / НЕТ

 Заказчик внес в кассу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

**Примечание:**

1. *Настоящий Акт удостоверяет факт выполнения Сторонами запланированных по Договору обязательств (представленных в Приложении №1) на момент выписки из стационара после проведения операции. Тем не менее, исполнение Сторонами Договора продолжается еще в течении 12 месяцев со дня его подписания. Последнее выражается в том, что: Пациент выполняет все послеоперационные рекомендации врача, своевременно приходит на контрольные осмотры и сообщает врачу о любом неблагополучии, возникшим в послеоперационном периоде; а Исполнитель ведет динамическое наблюдение за Пациентом и при необходимости корректирует назначения до нормализации его состояния.*
2. *При неудовлетворенности результатами операции в позднем послеоперационном периоде, Пациент обязан до истечения 12 месяцев с момента заключения Договора обратиться с жалобами к Исполнителю. При выявлении факта наличия дефекта, требующего дополнительного хирургического вмешательства, Исполнитель берет на себя обязанность по устранению этого дефекта за свой счет, но при условии полного отсутствия в этом вины Пациента (соблюдение всех обязательств по Договору). Если вина Пациента есть - корригирующая операция проводится за счет Пациента.*
3. *Гарантийный срок рассмотрения претензий Пациента – 1 год со дня подписания настоящего Договора. По прошествии этого периода официальные претензии на качество оказания медицинских услуг Исполнитель не принимает, а обязательства по исполнению Договора признаются Сторонами полностью выполненными.*

 **Исполнитель Заказчик**

 Генеральный директор

 Давудов О.И. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.) (подпись)