

**Медицинская карта пациента -
нормативные требования и
маркетинговые возможности
документа.**

Зорилэ В.В.
Генеральный директор ООО «МедЭс»

Цели ведения медицинской карты:

1. **Нормативные требования**
2. **Контроль за деятельностью медицинского персонала**
3. **Безопасность работы**
4. **Коммерческая эффективность и влияние на доходную часть**
5. **Нормирование деятельности (↑ эффективности)**

Список нормативно-правовых актов, определяющих необходимость и порядок ведения медицинской карты пациента:

- 1. ФЗ №323 от 21.11.2011 г. (статья 37) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**
- 2. Постановление Правительства РФ №1006 от 04.10.2012 г. «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»**
- 3. Постановление Правительства РФ №1152 от 12.11.2012 г. «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»**
- 4. Приказ Минздравсоцразвития РФ №381н от 18.04.2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Косметология»»**
- 5. Приказ Минздравсоцразвития РФ №415н от 07.07.2009 г. «Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения»**
- 6. Приказ Минздравсоцразвития РФ №255 от 22.11.2004 г. «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»**

**ФЗ №323
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
от 21.11.2011 г.
Статья 37 п. 2**

Устанавливает порядок оказания медицинской помощи, в том числе:

- **Стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений**
- **Рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений**
- **Стандарт медицинской помощи**

Постановление Правительства РФ №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 04.10.2012 г.

Определяет необходимость:

- Письменного договора и требований к нему (ст. 6, ст. 14, ст. 17)
- Информированного согласия (ст. 28)
- Документа о последствиях несоблюдения указаний медицинского работника (ст. 15, ст. 14в)
- Документа, подтверждающего выполнение услуг в соответствии с порядками оказания и стандартами медицинской помощи, которые утверждены Минздравом РФ (ст. 14)



- сайт (ст. 11)

- письменное уведомление о последствиях несоблюдения указаний мед. работника до заключения договора (ст. 15)

**Постановление Правительства РФ №1152
«Об утверждении Положения о государственном контроле
качества и безопасности медицинской деятельности»
от 12.11.2012 г.
Статья 12**

Устанавливает мероприятия, осуществляющиеся при проведении проверок
ΔПУ:

- **Рассмотрение документов и материалов, характеризующих соответствие оказанной медицинской помощи, утвержденным порядкам и стандартам**
- **Оценка соблюдения порядков оказания медицинской помощи, в том числе:**
 - стандартов оснащения
 - рекомендуемых штатных нормативов
 - обоснованность назначения медицинских услуг
- **Оценка соблюдения стандартов медицинской помощи, в том числе:**
 - обоснованности назначения медицинских услуг
 - обоснованности и полноты назначения лекарственных препаратов

Приказ Минздравсоцразвития РФ №381н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Косметология»» от 18.04.2012 г.

Устанавливает:

- **Стандарты оснащения косметологических кабинетов**
- **Перечень услуг, которые оказываются в косметологических кабинетах**
- **Порядок оказания услуг в косметологических кабинетах**
- **Рекомендованное штатное расписание**



- определены понятия первичного и повторного обращения пациента при оказании врачебных услуг, а также порядок действий при первичном и повторном обращении.

- нормативно определены требования к рекомендации средств домашнего ухода

- определено требование: все манипуляции (в т.ч. массаж), осуществляющиеся средним медицинским персоналом, должны проводиться только по назначению врача

**Приказ Минздравсоцразвития РФ №381н
«Об утверждении порядка оказания медицинской помощи
населению по профилю «Косметология»»
от 18.04.2012 г.**

Устанавливает требования к следующим кабинетам:

- **Кабинет лечения волос**
 - **Кабинет аппаратных методов лечения в косметологии**
 - **Кабинет лечения болезней ногтей**
 - **Кабинет медицинского массажа лица и тела**
 - **Кабинет для проведения деструкции новообразований**
- + определяет порядок удаления новообразований с обязательным патоморфологическим исследованием
- + определяет порядок действий при подозрении на злокачественное образование

**Приказ Минздравсоцразвития РФ №255
«О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи
гражданам, имеющим право на получение набора социальных
услуг»
от 22.11.2004 г.**

Определяет форму и порядок заполнения медицинской карты пациента



Набор социальных услуг определен ФЗ №178 «О государственной социальной помощи» от 17 июля 1999 г.

В статье 6.1 перечислены категории граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг

В статье 6.2 определен перечень услуг, входящих в набор социальных услуг

Предшествующий документ:
Приказ Минздрава СССР № 1338 «О введении новой формы медицинской карты амбулаторного больного» от 31.12.1987 г., утвердивший форму 025/у-87

Данные пациента

10

Министерство здравоохранения
Республики Беларусь
Информационно-коммуникационная система
№ 01 1985 г. № 1030, № 1338
© 2008 Беларусь-Информационные Технологии

АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА

№

Пациент:

Пол: М Ж Дата рождения:

Д. т.:

Р. т.:

М. т.:

Адрес:

Профессия:

Министерство здравоохранения
Республики Беларусь
Информационно-коммуникационная система
№ 01 1985 г. № 1030, № 1338
© 2008 Беларусь-Информационные Технологии

АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА

номер

Пациент:

фамилия

имя

отчество

Пол: М Ж Дата рождения:

Адрес:

город

улица

дом корпус квартира

Телефоны:

домашний код номер

рабочий код номер

мобильный код номер

E-mail:

Тип оповещения:

телефон Д Р М

почта

e-mail

отказ от оповещения

подпись пациента

Первичный прием

11

Регламентировано:

**Приказ
Минздравсоцразвития
РФ №381н от 18.04.2012**
«Об утверждении порядка
оказания медицинской
помощи населению по
профилю «Косметология»»
Пункт 5

Первичный прием:

**-Жалобы
-Осмотр
-План обследования и
лечения
-Рекомендации
домашнего ухода**

✓ ОБЩИЙ ОСМОТР	
1. ЖАЛОБЫ (причины обращения)	
<input type="checkbox"/> Общий уход за кожей лица, тела	<input type="checkbox"/> Избыточный рост волос
<input type="checkbox"/> Морщины	<input type="checkbox"/> Пигментные пятна
<input type="checkbox"/> Расширенные сосуды	<input type="checkbox"/> Избыточная масса тела
<input type="checkbox"/> Новообразования	<input type="checkbox"/> Целлюлит
<input type="checkbox"/> Угревая болезнь	<input type="checkbox"/> Рубцы
<input type="checkbox"/> Другое	
2. АНАМНЕЗ	
Аллергологический анамнез	
Лекарственные препараты	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да
Косметические средства	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да
Пищевые продукты	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да
Бытовые аллергены	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да
Фотосенсибилизация	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да
Наследственный анамнез	
Есть ли у родственников заболевания:	
<input type="checkbox"/> акне	<input type="checkbox"/> псориаз <input type="checkbox"/> герпес <input type="checkbox"/> онкология
<input type="checkbox"/> розацеа	<input type="checkbox"/> экзема <input type="checkbox"/> нейродермит <input type="checkbox"/> диабет
<input type="checkbox"/> иное	
Эпидемиологический анамнез	
Гепатит	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да
Туберкулез	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да
Операции	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да
Инъекции	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да
Переливание крови	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да
Общие соматические заболевания	
<input type="checkbox"/> Сердечно-сосудистая система	
<input type="checkbox"/> Дыхательная система	
<input type="checkbox"/> Желудочно-кишечный тракт	
<input type="checkbox"/> Мочеполовая система	
<input type="checkbox"/> Гемодиализ	
<input type="checkbox"/> Эндокринная система	
<input type="checkbox"/> Кровеносная система	
<input type="checkbox"/> Кожа	
<input type="checkbox"/> Склонность к келлоидообразованию	
<input type="checkbox"/> Вирусные и грибковые заболевания	
Вредные привычки	
<input type="checkbox"/> курение	<input type="checkbox"/> алкоголь <input type="checkbox"/> наркотики
Сведения о выполненных операциях	
ДАТА	НАИМЕНОВАНИЕ
ХИРУРГ	

Первичный прием

12

ОБЩИЙ ОСМОТР

Прием медикаментов

антибиотики _____

сульфаниламиды _____

антикоагулянты _____

противогрибковые _____

ретиноиды _____

гормональные (в т.ч. мази) _____

Наличие водителя ритма _____

Наличие эндопротеза _____

Плазмаферез _____

Гинекологический анамнез

Беременность: всего

Роды: всего дата последних:

Цикл: регулярный — дней нерегулярный

Менопауза с

Методы контрацепции _____

Заболевания _____

Физическая активность

спорт _____ фитнес _____

бассейн _____ сауна _____

Диета нет да: _____

Используемые дома косметические средства

Лицо:

Тело:

Регулярность обращения к косметологу

регулярно, 1 раз в _____ нерегулярно

периодически, курсовые процедуры _____

ОБЩИЙ ОСМОТР

Использовались ли ранее следующие методы (если «да», то когда):

химические пилинги АНА, ТСА _____

контурная пластика _____

лазерная шлифовка _____

инъекции БОТОХ _____

мезотерапия _____

микродермабразия _____

фотокосметология _____

методы коррекции фигуры _____

С моих слов записано верно:

Ф. И. О. пациента Подпись пациента

3. ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Конституциональный тип:

нормостеник гиперстеник астеник

Масса тела: кг, колебания за последний год — кг, за 3–5 лет — кг,

Рост: см

Избыточная масса тела (по типу):

андройдное гиноидное смешанное

ИМС (индекс массы тела):

Норма (20–25) Недостаточный (<20) Избыточный (>25)

Тип кожи: нормальная смешанная сухая

жирная чувствительная

Тип оволосения: женский мужской

Наличие высыпаний:

пустулы _____ папулы _____

ТАЭ _____ пигментные пятна _____

Фототип кожи: 1 2 3 4 5

Первичный прием

13

✓ ОБЩИЙ ОСМОТР

Status localis

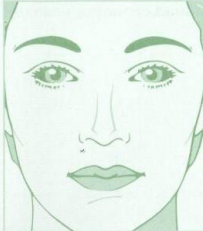


Diagram of a human face, used for recording observations during a physical examination.

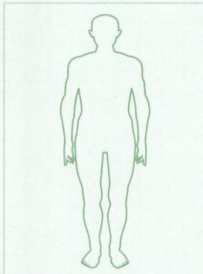


Diagram of a human silhouette, used for recording observations during a physical examination.

✓ ОБЩИЙ ОСМОТР

4. ДИАГНОЗ

Предварительный

Окончательный

Первичный прием

14

Время первичного приема по
нормативу: **30 мин.**

✓ ОБЩИЙ ОСМОТР	i РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ		
<p>5. РЕКОМЕНДАЦИИ</p> <p>Рекомендации по основной причине обращения</p> <p>Рекомендации по результатам осмотра</p> <p>□□ □□ □□□□ ДАТА</p> <p>Врач: <input type="text"/> <input type="text"/> ФАМИЛИЯ И.О. ПОДПИСЬ</p>	<p>ДАТА</p>	<p>НАИМЕНОВАНИЕ</p>	<p>ВРАЧ</p>

Регламентировано:

**Постановление
Правительства РФ
№1006 от 04.10.2012
«Об утверждении Правил
предоставления медицинскими
организациями платных
медицинских услуг»
Статья 15**

**До заключения договора
исполнитель в
письменной форме
уведомляет потребителя
о том, что несоблюдение
рекомендаций мед.
работника может
привести к
нежелательным
последствиям...**

ИНФОРМИРОВАННЫЙ ОТКАЗ ОТ ЛЕЧЕНИЯ

Я, _____
фамилия, имя, отчество пациента

амбулаторная карта № _____ Договор № _____ от ____ . ____ . ____ г. на основании предоставленной мне врачом информации о рекомендованных мне процедурах по причине моего обращения:

1. Признаю, что вся информация, описывающая результаты, как самого лечения, так и отказа от него, мне полностью объяснена; у меня нет сомнений в компетентности специалистов, предоставивших ее мне в соответствии с действующим законодательством.
2. Оставляю за собой право получения внешних консультаций иных специалистов и изменения принятого мной ранее решения об отказе продолжения лечения в любое время; вместе с тем я признаю, что врачи ООО «Феличе» не несут никакой ответственности за время, упущенное мной с момента получения рекомендации (а именно с момента подписания мной вышеуказанного Договора) до момента вероятного изменения моего решения.
3. Понимаю, что подписанный мною информированный отказ ведет к невыполнению со стороны ООО «Феличе» пунктов 2.1.1 и 2.1.3 заключенного Договора, которое наступило по моей вине.
4. Принимаю свободное, независимое и, оправданное с моей точки зрения, решение об отказе от проведения (продолжения) предложенных мне следующих лечебных процедур и рекомендованных средств лечения:

ДАТА	ПРОЦЕДУРА	ПОДПИСЬ

международное партнерство Anti-Age Tehnology медицинского консалтинга

Примеры бланков

16

I. Осмотр косметолога-дерматолога

16 ОСМОТР КОСМЕТОЛОГА-ДЕРМАТОЛОГА

ОСМОТР КОСМЕТОЛОГА-ДЕРМАТОЛОГА

Причины обращения

<input type="checkbox"/> общий уход за кожей лица, тела	<input type="checkbox"/> морщины
<input type="checkbox"/> расширенные сосуды	<input type="checkbox"/> новообразования
<input type="checkbox"/> угревая болезнь	<input type="checkbox"/> избыточный рост волос
<input type="checkbox"/> пигментные пятна	<input type="checkbox"/> избыточная масса тела
<input type="checkbox"/> целлюлит	<input type="checkbox"/> рубцы
<input type="checkbox"/> иное _____	

Диета

да _____

нет _____

Используемые косметические средства

лицо _____

тело _____

Регулярность обращения к косметологу

регулярно, 1 раз в _____ периодически, курсовые процедуры

нерегулярно _____

Anti-Age Tehnology

ОСМОТР КОСМЕТОЛОГА-ДЕРМАТОЛОГА 17

Как часто загораете на солнце, в солярии:

часто редко иногда

Пользуетесь ли солнцезащитными средствами:

да _____

нет _____

Использовались ли ранее следующие методы (если «да», то когда):

<input type="checkbox"/> химические пилинги АНА, ТСА	<input type="checkbox"/> контурная пластика
<input type="checkbox"/> лазерная шлифовка	<input type="checkbox"/> инъекции БОТОХ
<input type="checkbox"/> мезотерапия	<input type="checkbox"/> микродермабразия
<input type="checkbox"/> фотокосметология	<input type="checkbox"/> методы коррекции фигуры
<input type="checkbox"/> курсы очищения организма от шлаков	

С этих слов записано верно

_____ фамилия, имя, отчество пациента _____ подпись пациента

Anti-Age Tehnology

2. Осмотр врача anti-age

ОСМОТР ВРАЧА ANTI-AGE 7

ОСМОТР ВРАЧА ANTI-AGE

Жалобы

Распорядок дня

Во сколько просыпаетесь _____

Во сколько встаете _____

Зарядка (др. физ. упражнения: BodyFlex, Цигун, Йога и пр.) _____

Завтрак (время, рацион) _____

Обед (время, рацион) _____

Ужин (время, рацион) _____

Физическая активность в течение дня: очень низкая низкая средняя высокая

Пик активности в течение суток _____

Во сколько ложитесь спать _____

Во сколько засыпаете _____

Характер сна: спокойный беспокойный со сновидениями

Просыпаетесь отдохнувшими: да нет

Anti-Age Tehnology

ОСМОТР ВРАЧА ANTI-AGE 8

ОСМОТР ВРАЧА ANTI-AGE

Пищевые привычки

	нет	да (как часто)		нет	да (как часто)
Мясо			Овощи (уточнить, какие)		
красное	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
белое	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
копченое	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
гриль	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
сырое	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Колбасы					
варенные	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Брокколи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
копченые	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Томаты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Рыба			Томатный соус	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
красная	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Кетчуп	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
белая	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Томатный сок	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
жаренная	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Морковь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
гриль	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Соки		
тушеная	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	морковный	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Соотношение рыба/мясо			апельсиновый	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Морепродукты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Anti-Age Tehnology

Регламентировано:

**Постановление
Правительства РФ
№ 1006 от 04.10.2012**
«Об утверждении Правил
предоставления медицинскими
организациями платных
медицинских услуг»
Статья 28, Статья 14в

Информированное согласие на процедуру коррекции мимических морщин, локального гипергидроза, уменьшения или полного устранения головных болей, обусловленных мышечным гипертонусом препаратом Botox

Показания к процедуре:

– выраженная мимическая активность, ведущая к образованию мелких, средних, глубоких морщин;

– выраженная потливость подмышечных впадин, ладоней, подошв, мигрени, обусловленные мышечным гипертонусом.

Ожидаемый эффект:

Уменьшение мимических морщин, лифтинг кожи, снижение потливости, уменьшения или полного устранения головных болей. Степень коррекции проблем зависит от дозы вводимого препарата, а именно, для коррекции тех же проблем у мужчин требуется доза, превышающая среднестатистическую у женщин в 2–3 раза. Коррекция данных проблем у пациентов старше 40 лет выражена более длительно по времени, 6–8–10 мес. По данным Международной ассоциации пластических хирургов, частота двигательных расстройств и нечувствительность к проведенному лечению составляет 0,01%.

Альтернатива:

Хирургические методы коррекции морщин и гипергидроза. Коррекция глубоких морщин биodeградирующими гелями.

Срок наступления эффекта:

Действие препарата наступает от 2 часов до 10 дней после проведенной инъекции.

Сроки для оценки результатов:

Окончательный осмотр эффекта процедуры через 7–10 дней.

Срок сохранения эффекта:

Срок эффективного действия препарата

составляет 4–6–8 месяцев, зависит от индивидуальных свойств организма.

Возможная кратность процедур:

Повторные процедуры могут выполняться с интервалом 1 раз в 4 месяца, после исчезновения эффекта или значительного уменьшения от предыдущей инъекции.

Для профилактики образования антител к препарату, интервал между повторными инъекциями должен превышать 2 месяца.

Противопоказания:

- миастения высокой степени;
- гемофилия;
- прием антибиотиков-аминогликозидов;
- беременность;
- лактация;
- гнойные процессы в месте предполагаемой инъекции.

Возможные осложнения:

- птоз (ощущение верхнего века);
- нечеткость зрения;
- диплопия (двоение изображения);
- субфебрильная температура тела (в первые сутки после процедуры);
- дисфагия (нарушение глотания);
- осиплость голоса;
- слабость окружающих мышц;
- тошнота;
- слезотечение;
- сухость глазного яблока;
- опущение бровей;
- подкожные кровоизлияния в местах инъекций;
- асимметрии мышц лица.

Рекомендации по подготовке к процедуре:

Специальной подготовки не требует. Не следует выполнять процедуру у женщин в менструальном периоде из-за риска образования синяков.

Ощущения во время процедуры:

Незначительные ощущения в местах вкола. Для снижения болезненности в момент инъекции требуется применение обезболивающего крема «Эмла» (сам препарат безболезненный).

Восстановительный период:

Возможные последствия восстановительного периода связаны с инъекционным путем введения препарата:

- гематомы;
 - точечные корочки.
- Эти реакции могут проявляться сразу после инъекции и самопроизвольно исчезают в сроки от 1 до 7 дней.

Рекомендации по восстановительному периоду:

При наличии гематом рекомендовано применение наружных средств для их скорейшего разрешения. В течение 7 дней после процедуры исключаются: прием антибиотиков-аминогликозидов, процедуры с разогревающим эффектом (массаж, термомаски, баня, сауна, бассейны, солярий), активные физические нагрузки, употребление алкоголя. В дальнейшем: электропроцедуры, мезотерапия, массаж в зоне инъекций.

Для достижения ожидаемого эффекта врачом могут быть назначены дополни-

тельные процедуры и сопутствующая терапия. В случае невыполнения рекомендаций желаемый эффект может быть не достигнут.

Содержание, результаты процедуры, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены врачом. Полученные мною объяснения мне понятны и полностью меня удовлетворяют.

Я даю свое согласие на фотографирование до, и после процедуры с целью сравнения полученных результатов.

Несмотря на то, что предполагается улучшение состояния обработанных участков кожи, точно предсказать степень этого улучшения не представляется возможным.

Я понимаю, что две половины человеческого лица всегда асимметричны и имеют некоторые различия в форме и размерах, которые могут сохраниться после процедуры.

Я понимаю назначение данного документа и подтверждаю свое согласие на процедуру.

дата

подпись пациента

Процедурный лист

18

Регламентировано:

**Приказ
Минздравсоцразвития
РФ №381н от 18.04.2012**

**«Об утверждении порядка
оказания медицинской
помощи населению по
профилю «Косметология»»**

Статья 6


**При повторных
обращениях в т.ч.:**

**-Оценка динамики
состояния**

**-Клиническая
эффективность**

**делается запись в
медицинской
документации**

ПРОЦЕДУРНЫЙ ЛИСТ




ВЫПОЛНЕНО

РЕКОМЕНДОВАНО

Фамилия врача Подпись пациента

Подпись врача

ДАТА



ВЫПОЛНЕНО


РЕКОМЕНДОВАНО

Фамилия врача Подпись пациента

Подпись врача

ДАТА

ПРОЦЕДУРНЫЙ ЛИСТ




ВЫПОЛНЕНО

РЕКОМЕНДОВАНО

Фамилия врача Подпись пациента

Подпись врача

ДАТА



ВЫПОЛНЕНО

РЕКОМЕНДОВАНО

Фамилия врача Подпись пациента

Подпись врача

ДАТА

Договор

20

Регламентировано:

Постановление Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012

«Об утверждении Правил
предоставления медицинскими
организациями платных
медицинских услуг»

Статья 6

45

ДОГОВОР на оказание медицинских услуг

Общество с ограниченной ответственностью «Феличе» в лице генерального директора Поликовой Жанны Лясовны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Клиника», с одной стороны и именуемый(ей) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Клиника обязуется оказывать Пациенту медицинские услуги (Процедуры) в объеме, в сроки и на условиях, предусмотренных настоящим Договором и Приложением к нему, являющимся его неотъемлемой частью, а Пациент обязуется эти услуги оплатить.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Клиника обязуется:
2.1.1. Обеспечить оказание пациенту качественных медицинских услуг квалифицированными специалистами в соответствии с лицензией, перечнем медицинских услуг и амбулаторной картой (Приложением к настоящему Договору).

2.1.2. Проинформировать пациента о содержании, результатах и возможных осложнениях проводимых процедур.

2.1.3. В случае возникновения осложнений у Пациента по вине Клиники прервать за свой счет лечение (в том числе плановую процедуру).

2.2. Клиника вправе:

2.2.1. В случае невыполнения у Пациента противопоказаний и проведения определенных процедур отказать Пациенту в оказании медицинской услуги и возместить уплаченные денежные средства.

2.2.2. В случае оказания пациенту на процедуру более чем на 10 минут, отказать Пациенту в оказании медицинской услуги.

2.3. По желанию Пациента Клиника может выполнить его поручения по приобретению препаратов у сторонних организаций, включая их доставку в Клинику.

2.4. Пациент обязуется:

2.4.1. Предоставить Клинике достоверную информацию, необходимую для оказания медицинской услуги.

2.4.2. ознакомление и подписать все необходимые документы об информированном добровольном согласии на проведение процедур.

2.4.3. Выполнять все медицинские рекомендации врача Клиники по подготовке к проведению процедуры и ведению восстановительного периода.

2.4.4. Являться в Клинику на плановый осмотр для оценки предварительного и окончательного результатов процедуры, оценки выполнения рекомендаций Клиники, фотодокументирование и получения рекомендаций по поддержанию эффекта в сроки, определенные врачом.

2.4.5. Своевременно оплатить Клинике стоимость медицинских услуг в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

2.4.6. В случае невозможности явиться на процедуру уведомить Клинику не менее чем за 1 сутки.

2.5. Пациент вправе:

2.5.1. Получать заключения, выписки, справки с указанием результатов проведенных процедур и необходимых рекомендаций.

3. РАЗМЕР, СРОКИ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Медицинские услуги, предоставленные Клиникой, оплачиваются Пациентом в соответствии с прейскурантом, действующим на момент обращения пациента.

3.2. Оказываемые по настоящему договору услуги могут быть оплачены

снимом Пациентом, его страховой компанией либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом на основании счета, выставленного Клиникой.

3.3. Оплата медицинских услуг производится по факту их оказания, непосредственно после оказания. Услуги Клиники, требующие взаимодействия со сторонними организациями (в т.ч., лабораторные, генетические исследования и т.д.) осуществляются путем внесения 100% предоплаты. В случае отказа Пациента от приобретения услуг или товаров после внесения предоплаты Клиника оставляет за собой право удержать 50% от внесенной Пациентом суммы. Счета на услуги, установленные Клиникой и действующие на момент оказания услуги, предоставляются на момент 100% оплаты.

46

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. В случае невыполнения Пациентом или уклонения от возможности явиться менее чем за 1 сутки:

– Пациент обязуется возместить неустойку в размере стоимости консультации;

– Клиника оставляет за собой право снять бронирование (предварительную запись).

4.2. В случае невыполнения Пациентом рекомендаций и требований врача Клиники, а также предоставления Пациентом недостоверной информации, повлекшие развитие осложнений, лечение осложнений осуществляется на платной основе.

4.3. При неудовлетворенности Пациентом окончательными результата-

ми процедуры претензии принимаются в течение месяца после достижения окончательного результата. В этом случае Пациент обязан явиться лично для осмотра и оценки, либо письменно уведомить Клинику о наличии таковых.

5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного и надлежащего исполнения сторонами всех его условий.

5.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой стороны, оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

5.3. Все вопросы, не урегулированные настоящим договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Пациент

Фамилия, имя, отчество
Паспорт: серия _____ номер _____
выдан _____ дата _____

ИП: _____
дата _____
Подпись: _____

ООО «Феличе»
420015, г. Казань, ул. Галактиконова 36
ИНН 1655093103/165501001
ОГРН 1051622043252 от 14.04.2005 г.
Банк ОАО «Таттюрбанк»
Расч. сч. 40702810500000010378
Кор. сч. 301018103000000000778
БИК 049209778
М.П.
Генеральный директор Поликова Ж.Л.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!