|  |  |
| --- | --- |
|  Медичний центр  ТОВ „ВІЗУС” | 69050, Україна, м. Запоріжжя, вул. Космічна, 114, тел. (061) 219-04-40, www.visus.ua  |

Договір № \_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ р. |  м. Запоріжжя |

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

**(**П.І.Б. пацієнта та/або законного представника неповнолітнього пацієнта)

Надалі - «Пацієнт», з одного боку і Медичний центр ТОВ «ВІЗУС», надалі – «Медичний центр», в особі головного лікаря Скрипаченко Віктора Васильовича , який діє на підставі Довіреності № 1 від 23 червня 2008 року з іншого боку, уклали цей договір про наступне:

**1. Предмет договору**

 1.1. Медичний центр бере на себе зобов’язання надати платну медичну послугу, тобто провести процедуру **ексімерлазерної корекції зору** (надалі – Процедура), а Пацієнт зобов’язується оплатити її в розмірі, строки та згідно з порядком, передбаченим цим Договором.

**2. Права і обов’язки сторін**

 2.1. Пацієнт має право:

 2.1.1. Отримувати від Медичного центру інформацію щодо діагнозу, мети проведення Процедури, можливих ризиків і ускладнень у процесі проведення Процедури та у період після її проведення, а також прогнозу можливого розвитку захворювання.

 2.1.2. Вимагати від Медичного центру витяги з медичної картки щодо результатів медичного обстеження та лікування.

 2.1.3. Відмовитись від медичного втручання.

 2.2. Пацієнт зобов’язується:

 2.2.1. Надати документи про стан здоров’я, які видані медичними установами, та пройти призначене Медичним центром медичне обстеження з метою виявлення факторів, що можуть призвести до ускладнень в процесі проведення Процедури.

 2.2.2. Виконувати Правила внутрішнього розпорядку для пацієнтів, що проходять діагностичне обстеження та лікування (перебування) в Медичному центрі.

 2.2.3. Виконувати призначення та рекомендації лікуючого лікаря, проходити медичне обстеження протягом не менше 2 місяців після проведення Процедури.

 2.2.4. Сплатити послуги Медичному центру в порядку, який передбачений пп. 3.1 та 3.2 цього Договору.

 2.3. Медичний центр має право:

 2.3.1. Проводити медичне обстеження Пацієнта на предмет виявлення факторів, які можуть призвести до ускладнень у процесі проведення Процедури та в період після її проведення, а також виявлення протипоказань для проведення Процедури.

 2.3.2. Вимагати від Пацієнта надання документів про стан його здоров’я та медичне обстеження, які видані медичними установами України, з метою виявлення факторів, які можуть призвести до ускладнень у процесі лікування, або протипоказань для виконання Процедури.

 2.3.3. Вимагати від Пацієнта виконання призначень та рекомендацій лікаря до та після проведення Процедури.

 2.3.4. Відмовити Пацієнту у проведенні Процедури на підставі медичних даних про стан його здоров’я та інших об’єктивних факторів, які перешкоджають проведенню даної Процедури Пацієнту.

 2.3.5. Відмовити Пацієнту у проведенні Процедури у зв’язку з невиконанням ним п.3.2 даного Договору.

 2.4. Медичний центр зобов’язується:

 2.4.1. Оформити медичну картку Пацієнта, до якої додаються всі документи про стан його здоров’я та результати медичних обстежень.

 2.4.2. Ознайомити Пацієнта з інформацією щодо мети і правил проведення Процедури, можливі ризики, ускладнення в процесі проведення Процедури та в період після її проведення, прогнозу можливого розвитку захворювання.

 2.4.3. Провести Пацієнту в узгоджений з ним час Процедуру **ексімерлазерної корекції зору**  у термін не пізніше 2-х місяців з моменту укладання цього Договору.

 2.4.5. Проводити медичне обстеження та спостерігати за Пацієнтом протягом 2 місяців з моменту проведення Процедури. В окремих випадках, зважаючи на стан здоров’я Пацієнта, йому може бути призначений більший термін проходження медичного обстеження після проведення Процедури.

**3. Порядок розрахунків.**

 3.1. Вартість проведення Процедури **ексімерлазерної корекції зору**

складає\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 суму вказати прописом

доплата за складність операційного втручання\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_складає\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

суму вказати прописом

 3.2. Оплата вартості послуг Медичного центру у встановленому у п.3.1 даного Договору розмірі здійснюється Пацієнтом до проведення Процедури на підставі розрахунку Центру шляхом внесення грошових коштів до каси, або шляхом перерахування грошових коштів на поточний рахунок ТОВ "ВІЗУС".

 3.3. Пацієнт має право у будь-який час відмовитись від цього Договору, повідомивши про це Медичний центр у термін, що не перевищує трьох днів з моменту проведення оплати, та отримати кошти, сплачені за проведення Процедури, у повному обсязі, за умови, що Процедура проведена не була.

**4. Відповідальність сторін**

 4.1. У разі порушення умов даного Договору винна Сторона відшкодовує спричинені цим збитки згідно з порядком, передбаченим чинним законодавством.

 4.2. Пацієнт несе відповідальність за достовірність інформації та медичних документів про свій стан здоров’я.

 4.3. Пацієнт несе відповідальність за виконання Правил внутрішнього розпорядку для Пацієнтів, які діють у Медичному центрі.

 4.4. Медичний центр несе відповідальність перед Пацієнтом за дотримання правил та методик проведення Процедури.

 4.5. Медичний центр не несе відповідальність перед Пацієнтом у разі надання недостовірних даних про стан його здоров’я, а також невиконання ним призначень і рекомендацій лікаря, як до так і після проведення Процедури.

**5. Порядок розв’язання спорів**

 Усі суперечки між Сторонами, з яких не було досягнуто згоди, розв’язуються відповідно до чинного законодавства України.

**6. Інші умови**

 6.1. Даний Договір вступає в силу з моменту його підписання Сторонами і діє до останнього дня обстеження Пацієнта у Медичному центрі, встановленого відповідно до пп. 2.2.3 та 2.4.5 даного Договору.

 6.2. У випадках, не передбачених цим Договором, Сторони керуються цивільним законодавством.

 6.3. Після підписання даного Договору всі попередні переговори за ним, листування, попередні угоди та протоколи про наміри з питань, що так чи інакше стосуються цього Договору, втрачають юридичну силу.

**7. Додатки до даного Договору**

 7.1. До даного договору додається:

 додаток № 1 «Ознайомлення пацієнта з правилами та методами виконання Процедури ***ексімерлазерної корекції зору***, та інформована добровільна згода пацієнта на медичне втручання»

 додаток № 2 «Пам’ятка для пацієнта після проведення оперативного втручання», яка видаеться за бажанням пацієнта на російській мові.

 7.2 Даний Договір та додатки складено у двох примірниках – по одному для кожної з Сторін, які є невід’ємними частинами даного Договору.

**8. Адреси і підписи Сторін**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Пацієнт:***Адреса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспортні дані (серія, №, ким, коли виданий)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Підпис\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ***Медичний центр:***ТОВ «Візус»69050, Україна, м. Запоріжжя, вул. Космічна, 114,тел. (061)219-04-40,Головний лікар СкрипаченкоВ.В.Підпис\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Медичний центр 69050 м. Запоріжжя, вул. Космічна, 114

ТОВ „ВІЗУС” тел. (061)219-04-40, www.visis.ua

 ***Продовження форми первинної облікової інформації № 003-6/0***

Додаток № 1 до Договору № \_\_\_\_

„ \_\_\_\_\_ „ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ р. м. Запоріжжя

 „ Ознайомлення пацієнта з правилами та методами виконання процедури ***ексімерлазерної корекції зору,*** та інформована добровільна згода пацієнта на медичне втручання”.

*( П.І.Б. Пацієнта та / або законного представника неповнолітнього Пацієнта)*

Надалі Пацієнт „ з одного боку, і Товариство з обмеженою відповідальністю „ВІЗУС”, надалі, Медичний центр в особі головного лікаря Скрипаченко Віктора Васильовича, який діє на підставі Довіреності № 1 від 23 червня 2008р., з іншого боку, підписали цей Додаток до Договору № \_\_\_\_ від „\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 200\_\_ р. який є невід'ємною частиною договору про наступне.

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(П.І.Б Пацієнта та / або законного представника неповнолітнього Пацієнта)*

звернувся, до Медичного центру ТОВ „ВІЗУС”, і мені встановлено діагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ та надані всі необхідні роз'яснення з приводу мого захворювання.

 Мені запропоновано проведення процедури ***ексімерлазерної корекції* зору** звикористанням ексімерної системи **WaveLight EX500 (Alcon)**методом ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 Мені надано повну зрозумілу для мене інформацію про характер, мету виявленого у мене захворювання запропонованого лікування та можливих результатів лікування.

 Я отримав(ла) інформацію про( наявність/відсутність) супутніх захворювань які можуть впливати на перебіг Процедури та післяпроцедурний період.

 Я ознайомлений (а) з правилами та методами, що будуть застосовані при проведені Процедури та знеболення.

 Мені зрозуміло, що організм кожної людини є унікальним і лікар не може гарантувати настання передбачуваного лікувального ефекту.

 Я поінформований (а) про можливість ускладнень в процесі проведення Процедури та післяпроцедурний період, а саме: ризику виникнення пошкодження епітелію рогівки, зсуву або відриву клапану рогівки при травмі, гіперкорекції, сухості ока, регресії рефракційного ефекту, інфікування, появу оптичних феноменів, алергічних реакцій на медикаменти тощо.

 Мені пояснено прогноз розвитку захворювання та альтернативні методи діагностики та лікування.

 Я поінформований (а) про те, що незалежно від часу, який пройшов після операції, у випадку зниження зору, появи повторних спалахів світла і блискавок, появи „туману” чи „занавісу” з будь якого боку перед оком, болю в оці я повинен терміново звернутись до лікаря офтальмолога.

 Я отримав (а) повну та доступну інформацію про запропоноване мені, медичне втручання та впевнений (а) що воно відповідає моїм інтересам.

 Я поінформований (а) про моє право вільного вибору лікаря і згоден (а) з тим, що операцію виконує хірург, який буде призначений мені завідувачем операційним відділенням довіряю йому здійснити запропоноване мені медичне втручання і дозволяю йому у разі необхідності залучити інших лікарів та молодший медичний персонал.

 Я зобов'язуюсь виконувати усі призначення і рекомендації лікаря, які будуть відображенні ним у медичній документації, та підтверджувати факт свого ознайомлення з такими призначеннями і рекомендаціями своїми підписами.

 Мені була надана можливість ставити лікареві усі запитання, які цікавили мене, та я отримав (а) на них відповіді, які мене цілком задовольняють.

 Я уважно ознайомився(лась) з цим документом, розумію, що він має юридичну силу і підтверджую свою добровільну згоду на зазначне у ньому медичне втручання та знеболення.

 Даний додаток вступає в силу з моменту його підписання і діє на протязі 2-х місяців.

 Інформацію надав лікар,який лікує, або буде оперувати мене

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_р.

 (П.І.Б. лікаря) (підпис)

Головний лікар Скрипаченко В.В. Пацієнт

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

(підпис) ( підпис )

Медицинский центр 69050, Украина, г. Запорожье, ул. Космическая, 114

ООО „ВІЗУС” тел. (061) 219-04-40, www.visus.ua

Дополнение № 2 к Договору № \_\_\_\_\_\_

Памятка для пациента после проведения операции эксимерлазерной

коррекции зрения..

 Глубокоуважаемый (ая) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Процесс заживления роговицы в раннем послеоперационном периоде может сопровождаться слезотечением и покалыванием. Возможно колебание остроты зрения (вдаль, вблизи, в зависимости от условий освещенности) в течение 2-х недель. Окончательная стабилизация рефракционного эффекта и сумеречного зрения происходит в среднем в течение 2-3 месяцев и зависит от точного выполнения рекомендаций врача.

 **Чего нужно остерегаться после рефракционных операций (LASIK)?**

 Опасность в послеоперационном периоде состоит в возможности случайной травмы глаза со смешением роговичного лоскута. С целью исключения

(предупреждения) такой травмы пациенту следует ограничить контакт с домашними животными (кошками, собаками и пр.), с детьми раннего возраста. С этой целью в течение 1-1,5 месяцев после операции пациенту не рекомендуется (исключаются):

* посещение бань, бассейнов, саун, тренажёрных залов и пр.;
* длительные ванны;
* выездные пикники в лес (ветки);
* дальние поездки, резкая смена климата, режима;
* приём алкоголя, копченых, кислых и горьких продуктов.

В течение указанного срока (1-1,5 мес.) происходит более прочное приживление роговичного лоскута к строме. Кроме того, необходимы частые инстилляции капель в этот период. По месту жительства, в первые 10 дней, следует наблюдаться у офтальмолога, которому нужно предъявить копию своей выписки. Оригинал выписки нужно сохранить у себя, поскольку указанные в ней данные могут понадобиться в течение всей жизни.

**В день лазерной коррекции:**

1. Ни в коем случае нельзя тереть глаза руками.

2. Нельзя умываться и мыть голову.

3. Нельзя вытирать слезы с глаз, только со щеки.

4.Соблюдать режим закапываний лекарственных препаратов.

* Перед инстилляцией капель руки необходимо вымыть с мылом.
* Не касайтесь кончиком пипетки кожи век и ресниц.
* Интервал между последовательным закапыванием капель 3-5 мин.
* Не забывайте закапывать препараты в дороге домой.

**Вождение автомобиля**

Следует ограничить в первый месяц в связи с собственной безопасностью, так как в ранних послеоперационных сроках происходит первичная адаптация глаза и головного мозга к новым непривычным оптическим условиям (изменённым остроте зрения, полю зрения, оценке размеров предметов и расстояний между ними). Не следует открывать окна автомобиля, направлять вентиляторы на лицо из соображений защиты от пыли.

**Физические нагрузки, спорт**

Если у Вас до лазерной коррекции зрения обнаруживались участки истончения, дистрофия сетчатки, помните об ограничениях в образе жизни: ограничивать (исключать) длительное наклонное положение тела в сочетании с физическими нагрузками, тряску, вибрацию, прыжки. Все миопические изменения сетчатки сохранились после рефракционной операции и требуют динамического контрольного наблюдения у офтальмолога и соблюдения поведенческих ограничений.

**Общие моменты**

* В первые дни после операции кожу вокруг глаз, веки надо протирать кипяченой водой; волосы мыть с наклоном головы назад, очень аккуратно, чтобы мыльная вода не попадала в глаза. Умывать область глаз моющими средствами – через 1 месяц. Остальные необходимые гигиенические процедуры проводятся обычным способом.
* Декоративной косметикой можно пользоваться через 1-2 недели, или позднее, что связано с необходимостью частого закапывания лекарственных препаратов.
* Загорать в течение первого летнего сезона не рекомендуется, возможны солнечные ванны в течение 20-30 минут утром и вечером. В отдалённые сроки не следует доводить кожу до состояния солнечного ожога. Обязательно использование в летний период солнцезащитных очков с ультрафиолетовой защитой.
* Следует избегать простудных заболеваний.
* От беременности следует воздержаться в течение 3 месяцев после операции. Во время беременности обязательно консультация офтальмолога.
* Лечение другой соматической патологии – без ограничений, приём лекарственных препаратов (в т.ч. гормональных контрацептивов) возможен по рекомендации соответствующего специалиста.
* Контрольные осмотры проводятся на 2-й день, через 1 неделю, 3 месяца и 6 месяцев.

**Желаем Вам скорейшего выздоровления!**

Лечащий врач Пациент

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

 (фамилия, подпись) (подпись)