|  |  |
| --- | --- |
| 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 операцію \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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, можливих ризиків, ускладнень 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

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

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

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

суму вказати прописом

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

складає\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

суму вказати прописом

3.2. Оплата вартості послуг Медичному 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, та добровільна інформована згода пацієнта на медичне втручання».

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 Скрипаченко В. В.  Підпис\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

ТОВ „ВІЗУС” тел. (061)219-04-40, [www.visus.ua](http://www.visus.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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ та інформована добровільна згода пацієнта на медичне втручання”.

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

( 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 Доверенності № 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мені надано повну зрозумілу для мене інформацію про характер мету запропонованого лікування та можливі результати лікування.

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 ознайомлений (а) про можливість ускладнень в процесі проведення Процедури та післяпроцедурний період, а саме: ризику виникнення кровотечі з судин ока, інфікування, рецидиву захворювання, алергічних реакцій на медикаменти, тощо.

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

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 зазначене 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 мене оперувати.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ р.

(П.І.Б. лікаря) (підпис лікаря).

Головний лікар пацієнт

Скрипаченко В.В.

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

(підпис) ( підпис)