|  |  |
| --- | --- |
| 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 ***екстракції катаракти методом факоемульсифікації з імплантацією ІОЛ***.

(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 ***екстракції катаракти методом факоемульсифікації з імплантацією ІОЛ***. 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 ***екстракції катаракти методом факоемульсифікації з імплантацією ІОЛ***, складає\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(суму вказати прописом)

доплата за складність операційного втручання, або знижки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 ***екстракції катаракти методом факоемульсифікації з імплантацією ІОЛ***, та інформована добровільна згода пацієнта на медичне втручання».

додаток № 2 «Пам’ятка для пацієнта після проведення оперативного втручання», яка видається 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.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 ***екстракції катаракти методом факоемульсифікації з імплантацією інтраокулярної лінзи*** ( штучного кришталика) 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 „\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ 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 ***екстракції катаракти методом факоемульсифікації з імплантацією ІОЛ***.

Мені надано зрозумілу для мене повну інформацію про характер виявлено у мене захворювання мету 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 пояснено прогноз розвитку захворювання та альтернативні методи діагностики та лікування.

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 експульсивної кровотечі з великих судин ока, інфікування, відшарування сітківки, неконтрольованого підвищення внутрішньоочного тиску, післяопераційного увеіту, алергічних реакцій на медикаменти, тощо.

Остаточне рішення в виборі модифікації ІОЛ, або відмова від імплантації залишається за хірургом і визначається під час операції.

Я поінформований (а) про необхідність користування окулярами після операції,про можливість неповної гостроти зору у зв'язку з можливими змінами на очному дні.

Я поінформований (а) про можливий розвиток вторинної катаракти, що знижує гостроту зору, та потребує оперативного втручання.Я поінформований (а) про те, що зір обох очей після операції буде відрізнятись.

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 інший медичний персонал.

Я зобов'язуюсь виконувати усі призначення і рекомендації лікаря, які будуть відображенні ним у медичній документації. 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 мене оперувати.

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

(П.І.Б. лікаря) (підпис лікаря).

Головний лікар пацієнт

Скрипаченко В.В.

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

(підпис) (підпис)

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

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

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

**ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТА**

**после проведения операции экстракции катаракты методом факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ.**

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

Вам произведена офтальмохирургическая операция в амбулаторных условиях, и Вы выписываетесь домой. Однако процесс выздоровления и полного заживления будет длиться еще в течение последующих 2-3 месяцев. Поэтому в течении ближайших 1,5 – 2 месяцев Вы должны находиться под наблюдением врача - офтальмолога по месту жительства. **Залогом успеха проведенной операции будет неукоснительное соблюдение Вами всех требований Вашего врача до, и после операции.** Перед операцией у Вас может возникнуть масса вопросов и опасений. Только Ваш доктор может профессионально на них ответить и дать квалифицированные объяснения.

Вы уходите из отделения c повязкой на оперированном глазу. По прибытию домой ее нужно снять и находиться в квартире без повязки. После снятия повязки Вас не должны пугать следующие эффекты:

Нечеткость зрения – Вы видите предметы „ как в тумане” или „ как через запотевшее стекло” и немного искривленными. Зрение у Вас будет изменяться несколько раз на протяжении дня еще несколько месяцев. При этом улучшение зрения может быть как медленным и постепенным (изо дня в день Вы будете отмечать некоторую прибавку зрения), так и „рывками” (периодическое довольно интенсивное улучшение зрения). Это зависит от многих факторов, таких как заживление послеоперационного рубца, уменьшение отека роговицы, сужение зрачка, действие назначенных Вам капель и т.д. Глаз – очень сложная и чувствительная оптическая система, и проходит некоторое время, пока он „приспосабливается” к искусственному хрусталику.

Двоение предметов – нормальное явление в течение первых нескольких часов после операции. Пока окончательно не прошло действие анестезии на глазодвигательные мышцы, возникает разница между объемом движения глазных яблок. Обычно к вечеру в день операции двоение исчезает.

Розовые или голубые „пятна перед глазом”, особенно при взгляде на белые предметы (бумага, потолок, простынь) – результат того, что глаз во время операции сильно „засветили” лампой операционного микроскопа. Это явление проходит обычно за несколько дней.

Болезненность оперированного глаза и участков вокруг него (лоб, бровь, висок, скула) – может иметь место в первые сутки после операции после прекращения анестезии. Если болевые ощущения выражены, можно принять внутри обезболивающую таблетку (темпалгин, кетанов, солпадеин, анальгин). К утру следующего дня эти ощущения обычно проходят. При необходимости, лечащий врач может дополнить лечение уколами и физиотерапевтическими процедурами.

Продолжать лечить глаз Вы будете самостоятельно, закапывая в оперированный глаз капли, рекомендованные лечащим врачом. Закапывать капли Вы можете сами, или это могут делать Ваши родственники. Перед закапыванием, предварительно моют с мылом руки, затем указательным пальцем оттягивается вниз нижнее веко оперированного глаза больной смотрит вверх и закапываются капли. Таким же образом закладывают глазное желе или мазь, если она назначена. При закапывании разных капель должен быть перерыв между ними в 1-2 минуты.

Необходимо ежедневно, осторожно обтирать веки и кожу вокруг оперированного глаза стерильной салфеткой смоченной в кипячёной воде. В раннем послеоперационном периоде желательны ежедневные прогулки на свежем воздухе, пища может быть обычной. Можно принимать теплый душ, избегая попадания воды в прооперированный глаз. Если во время принятия водных процедур вода все таки попала в оперированный глаз, то нужно закапать в этот глаз вне очереди- глазные капли, которые были назначены после операции. На улице желательно пользоваться солнцезащитными очками, их ношение необходимо для защиты от раздражающего действия солнца, яркого света, ветра и пыли. Общение с большим количеством людей в раннем послеоперационном периоде желательно исключить (особенно в периоды эпидемии, гриппа или ОРВИ). Вы можете смотреть телевизор, начинать читать уже через 1-2 дня после операции, выполнять не тяжелую работу по дому, заниматься приготовлением пищи. Категорически запрещается больному после операции заниматься тяжелой физической работой, поднимать тяжести более 20 кг, работать длительно в наклон. Можно нести в руках груз до 16-20 кг.

Через 2-3 недели после операции эти ограничения могут быть постепенно отменены. Необходимо знать, что для прооперированого глаза всегда будет опасна травма (прямой удар по глазу, ушиб головы).

***ПРОТИВОПОКАЗАНО*** в течение 3-х месяцев после операции:

Подъем тяжестей более 20 кг.

Резкие наклоны тела, при которых Вы можете случайно ударить глаз об какие – нибудь предметы.

Длительные нагрузки при наклоне головы (более 30минут).

Излишний прием алкоголя.

Самостоятельное, без согласования с врачом, изменение режима закапывания глазных капель. Один раз в неделю Вы должны быть осмотрены врачом- офтальмологом.

При появлении таких симптомов, как сильная боль в оперированном глазу, сильное покраснение глаза, резкое ухудшение зрения Вам необходимо срочно обратиться в нашу клинику.

Наш тел. (061)219-04-40 с 9ºº до 18ºº (кроме воскресенья).

**Желаем Вам скорейшего выздоровления!**

Ваш хирург\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_