Договор

оказания платной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

ООО КДЦ «Добрый доктор», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Трофимова Александра Борисовича, действующего на основании Устава (лицензия на осуществление медицинской деятельности № ХХХХХХХХ от 15.02.2023 выдана Министерством здравоохранения Алтайского края), публикует настоящий «Договор оказания платной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (далее - Договор), являющийся публичной Офертой в адрес Потребителей платной медицинской помощи (медицинских услуг) с применением телемедицинских технологий в соответствии с требованиями ст. ст. 426, 437 Гражданского кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановления Правительства РФ от 04 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Приказа Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

Сторонами Договора являются Исполнитель и дееспособное физическое лицо, обратившееся за заключением Договора (далее – Потребитель) в своих интересах или в интересах другого лица.

Ознакомление Потребителя с Офертой осуществляется путем размещения действующей ее редакции на сайте по адресу:<https://online-visit.ru/>.

Потребитель, внимательно ознакомившись с текстом настоящей Оферты, в случае несогласия с каким-либо ее пунктом, имеет право воздержаться от использования предлагаемых услуг, и Договор считается незаключенным.

Полным и безоговорочным принятием (Акцептом) условий настоящей Оферты считается осуществление Потребителем конклюдентных действий: проставления отметок (галочек) о согласии с условиями настоящей Оферты и внесения оплаты за Услуги.

Акцепт настоящей Оферты означает, в том числе предоставление Потребителем согласия на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную тайну (Приложение 2 к настоящему Договору), а также Информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, в том числе включенные в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (Приложение 1 к настоящему Договору).

Договор считается заключенным в письменной форме на основании положений ст. 160, п. 3 ст. 434, п. 3 ст. 438 ГК РФ (письменная форма договора считается соблюденной, если письменное предложение заключить договор принято путем Акцепта, совершенного конклюдентными действиями).

Договор заключается в каждом случае обращения Потребителя за платной медицинской помощью с применением телемедицинских технологий

Настоящая Оферта может быть в любое время в одностороннем порядке изменена Исполнителем. Такие изменения приобретают силу для Сторон только на будущее время.

1. Предмет Договора.
   1. По настоящему Договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя, обязуется оказать ему платную медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий (далее - Услуга) в соответствии с требованиями, установленными законодательством, а Потребитель обязуется оплатить данную Услугу в соответствии с разделом 4 настоящего Договора.
   2. В Услугу медицинского онлайн-консультирования входит:
      1. Выбор врача, который будет проводить непосредственное медицинское онлайн- консультирование Потребителя;
      2. Проведение медицинской онлайн—консультации с использованием сервиса, предоставляемого ООО «Рустелетех»;
      3. Предоставление Потребителю заключения от врача с рекомендациями в форме электронных документов. При этом Потребитель понимает, что для наилучшего результата необходимо очно проконсультироваться с любым выбранным им самостоятельно профильным врачом.
   3. Услуги оказываются в целях:

профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;

принятия решения о необходимости проведения очного приема врача (осмотра, консультации).

* 1. Исполнитель оказывает Услугу дистанционно с использованием интернет-сервиса, предоставляемого ООО «Рустелетех», (Алтайский край, г. Барнаул, пл. Баварина дом 2, пом. Н-50), адрес электронной почты: [pavel@online-visit.ru](mailto:pavel@online-visit.ru), телефон 89235612109.

1.5. Исполнитель подтверждает, что квалификация и компетенция врачей, оказывающих медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий, соответствует требованиям государственных стандартов, а области медицинского консультирования являются разрешенными действующей на момент оказания услуг лицензией Исполнителя.

**2. Порядок и условия оказания медицинской помощи с применением**

**телемедицинских технологий**

2.1. Консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий проводятся в режиме реального времени и (или) отложенных консультаций.

Проведение консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени предусматривает консультацию, при которой Потребитель непосредственно взаимодействует с медицинским работником Исполнителя.

Проведение консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в режиме отложенных консультаций предусматривает консультацию, при которой медицинский работник Исполнителя дистанционно изучает медицинские документы пациента и иную информацию о состоянии здоровья пациента, готовит медицинское заключение без использования непосредственного общения с Потребителем. Отложенные консультации осуществляются врачом-рентгенологом при предоставлении Потребителем снимков в формате DICOM.

2.2. Потребитель самостоятельно осуществляет запись на консультацию к определенному медицинскому работнику (врачу) и в назначенное время происходит соединение медицинского работника (врача) с Потребителем.

2.3. Консультации не предоставляются по вопросам, когда врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Потребителем дистанционным способом; и по вопросам, когда необходимо получение дополнительной информации (инструментальные исследования, лабораторные исследования и пр.).

2.4. Медицинская помощь осуществляется врачом, который был выбран Потребителем самостоятельно. Вся информация об Исполнителе, врачах, проводящих консультации, размещается в открытом доступе на сайтах: https://gooddoctors.ru/,<https://online-visit.ru/>.

2.5. Документы, содержащие информацию об установленных диагнозах, перенесенных заболеваниях, об имеющихся противопоказаниях и аллергических реакциях, Потребитель передает Исполнителю до или во время консультации в электронном виде в Личном кабинете Потребителя на сайт:<https://online-visit.ru/>.,. Услуга «Описание и интерпретация компьютерных томограмм с применением телемедицинских технологий» предоставляется в случае предоставления пациентом компьютерных томограмм в формате DICOM.

2.6. При проведении консультаций Потребителя с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного Потребителю лечения, при условии установления лечащим врачом диагноза и назначения лечения по данному обращению на очном приеме (осмотре, консультации).

2.7. Результатом консультации является предоставление Потребителю заключения от врача с рекомендациями в форме электронных документов. При этом Потребитель понимает, что для наилучшего результата необходимо очно проконсультироваться с любым выбранным им самостоятельно профильным врачом.

2.8. В случае обращения Потребителя без предварительного установления диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации) медицинское заключение может содержать рекомендации о необходимости проведения предварительных обследований в случае принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

2.9. Информация, указанная в пунктах 2.6. – 2.7. настоящего Договора размещается в Личном кабинете Потребителя на сайте:<https://online-visit.ru/>, после предоставления указанной информации консультация считается завершенной.

2.10. Материалы, полученные по результатам оказания Услуги, включая материалы, направленные на консультацию, медицинское заключение по результатам консультации, данные, внесенные в медицинскую документацию пациента, а также аудио и видео записи консультаций, текстовые сообщения, голосовая информация, изображения, иные сообщения в электронной форме подлежат хранению в Личном кабинете Потребителя на сайте:<https://online-visit.ru/> (интернет-сервис, предоставляется ООО «Рустелетех», адрес электронной почты: [pavel@online-visit.ru](mailto:pavel@online-visit.ru), телефон 89235612109) и вносятся в электронную медицинскую карту пациента медицинской информационной системы ООО КДЦ «Добрый доктор» (адрес электронной почты info@gooddoctors.ru, телефон (3852) 20-10-02). Хранение документации, осуществляется в течение сроков, предусмотренных для хранения соответствующей первичной медицинской документации. Срок хранения сопутствующих материалов составляет один год.

2.11. Предоставление документации (их копий) и выписок из них пациенту (или его законному представителю) осуществляется в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

# 3. Права и обязанности сторон

**3.1.** **Исполнитель обязуется:**

3.1.1. Определить сроки оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий согласно текущему режиму работы Исполнителя.

3.1.2. Оказать медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий по выбору Потребителя.

3.1.3. Предоставить Потребителю устные и письменные консультации по вопросам, отнесенным к компетенции врача. Потребителю предоставляются консультации по всем вопросам, за исключением:

1) вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Потребителем дистанционным способом;

2) вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

3.1.4. Предоставить в течении 1 (одного) рабочего дня по итогам оказания услуги заключение врача в форме электронных документов, направленных в Личный кабинет Потребителя на сайт:<https://online-visit.ru/>. Медицинское заключение не является диагнозом и носит исключительно рекомендательный характер.

3.1.6. Предпринимать общепринятые технические и организационные меры для обеспечения конфиденциальности информации, получаемой или отправляемой Потребителем.

3.1.7. Обеспечивать доступ третьих лиц к содержанию беседы и переписки Потребителя и Исполнителя исключительно в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**3.2.** **Исполнитель вправе:**

3.2.1. Получить необходимую достоверную информацию от Потребителя, а также медицинские и иные документы, необходимые для оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, в том числе историю болезни Потребителя и результаты анализов, в виде текста или графического изображения.

3.2.2. Определять и рекомендовать Потребителю необходимые виды, объем и сроки консультаций, диагностических исследований, прием лекарственных препаратов и лечебных процедур, выполнение лечебных, профилактических и иных мероприятий.

3.2.3. Отказать Потребителю в предоставлении Услуг в случае нарушения Потребителем условий настоящего Договора.

**3.3 Потребитель обязуется**:

3.3.1. Потребитель подтверждает, что на момент заключения Договора он является совершеннолетним, дееспособным гражданином, обладающим всеми правами для заключения и выполнения обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Потребитель обязуется указывать фамилию, имя и отчество пациента, и в дальнейшем фамилию, имя, отчество и должность врача при переписке с Исполнителем.

3.3.3. Предоставлять Исполнителю достоверные сведения о состоянии здоровья Потребителя на русском языке в виде документов, компьютерных файлов и устно, в том числе в соответствии с Приложением 2 к настоящему договору.

3.3.4. Информировать врача о перенесенных и хронических заболеваниях, травмах и хирургических вмешательствах, известных ему аллергических реакциях, непереносимости лекарственных препаратов, противопоказаниях к медицинским вмешательствам, а также о прохождении в текущий момент любых курсов лечения, как связанных с жалобами Потребителя, так и не связанных.

3.3.5. Принимая условия настоящего договора Потребитель соглашается с информированным добровольным согласием на медицинское вмешательство (оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий) в соответствии с Приложением 1 к настоящему договору, а также согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

**3.4.** **Потребитель имеет право:**

3.4.1. На доступную достоверную информацию об оказании Услуги.

3.4.2. Требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензий и сертификатов.

1. Стоимость Услуги и порядок расчетов

4.1. Стоимость Услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется на основании действующего прейскуранта платных медицинских услуг Исполнителя. Прейскурант размещен на официальном сайте (https://gooddoctors.ru). Стоимость Услуги не включает в себя банковскую комиссию, вознаграждение платежных систем и иные затраты, не связанные с оказанием медицинской помощи.

4.2. Оплата по договору осуществляется в безналичном порядке.

4.3. Оплата Услуг производится Потребителем в виде предоплаты в размере 100 % стоимости Услуги, с использованием сервиса, предоставляемого ООО «Рустелетех».

4.4. Доступ к Услуге предоставляется Потребителю только после поступления оплаты.

4.5. В случае отказа Потребителя от получения Услуги возврат предоплаты осуществляется по заявлению Пользователя, направленному в адрес ООО «Рустелетех».

4.6. В случае досрочного окончания оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий по инициативе Потребителя оплата возврату не подлежит.

4.7. Услуга считается оказанной после получения Потребителем медицинского заключения в форме электронного документа в Личном кабинете Потребителя на сайте:<https://online-visit.ru/>.

5. Ответственность сторон и порядок рассмотрения споров

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную [законодательством](http://internet.garant.ru/document/redirect/10164072/1025) Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за ухудшение самочувствия Потребителя вследствие естественного течения заболевания и (или) изменений здоровья, связанных с его возрастом или генетическими особенностями.

5.3. Исполнитель полностью освобождается от ответственности за неисполнение, ненадлежащее исполнение, или иное, не указанное в Договоре, исполнение услуг, в случае предоставления Исполнителю ненадлежащего качества и/или достоверности данных о состоянии здоровья и течении заболевания Потребителя.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств, препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

5.5. К обстоятельствам непреодолимой силы (форс-мажорные обстоятельства) относятся: землетрясение, наводнение, пожар, эпидемия, любое другое стихийное бедствие, акты и иные действия государственных органов, война и военные действия, несанкционированный взлом электронной информации и программного обеспечения, а также сбой в работе или полный выход из строя технического оборудования не по вине Потребителя либо Исполнителя.

6.Конфиденциальность

* 1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.
  2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, в соответствии с действующим законодательством РФ.

1. Срок действия Договора
   1. Договор вступает в силу с момента оплаты Потребителем Услуги (медицинской помощи с применением телемедицинских технологий).
   2. Договор считается исполненным по факту выполнения двухсторонних обязательств по настоящему договору.
   3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения Услуги договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
2. Заключительные положения
   1. До заключения настоящего договора Потребитель уведомлен, что имеет право получать медицинскую помощь в других медицинских организациях, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и подтверждает свое согласие на получение платных медицинских услуг.
   2. До заключения настоящего договора Исполнитель уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), может снизить качество предоставляемой медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
   3. Настоящий Договор представляет собой полное юридическое соглашение между Потребителем и Исполнителем и регулирует предоставление услуг по Договору.
   4. Настоящий Договор формируется в электронном виде и хранится у Исполнителя.
   5. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.
3. **Реквизиты сторон**

**Исполнитель:**

|  |
| --- |
|  |

Приложение 1

к договору оказания платной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Я, | , | | |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина — полностью) | | |
|  | | | рождения, зарегистрированный по адресу: |
| (дата рождения гражданина либо законного представителя) | | |  |
|  | | | |
| (адрес регистрации гражданина, либо законного представителя) | | | |
| проживающий по адресу: | |  | |
|  | | (указывается в случае проживания не по месту регистрации) | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан) | | | | | | |
| Я, | , | | | паспорт: |  |  |
| выдан: |  | | | | | |
|  | , являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, | | | | | |
| попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: | | | | | | |
| , | | |  | | | |
| (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью) | | | (дата рождения) | | | |
| проживающего по адресу: | |  | | | | |
|  | | |  | | | |

нахожусь на обследовании (лечении) в ООО КДЦ «Добрый доктор»:

-Я ознакомлен(а) с распорядком (вывеска на двери главного входа) и правилами лечебно-охранительного режима (вся информация располагается на стенде «Уголок потребителя»), установленного в данной медицинской организации, и обязуюсь их соблюдать; Я ознакомлен с Договором публичной оферты и полностью принимаю его условия, закрепляя своё согласие подписью данного документа.

-Я даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико- санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО КДЦ «Добрый доктор».

-Я даю информированное добровольное согласие на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрию; тонометрию; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиогафию, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирографию, пневмотахометрию, пикфлуометрию, рэоэнцефалографию, электроэнцефалографию, кардиотокографию (для беременных) и другие; эндоскопические методы обследования; рентгенологические методы обследования, в том числе флюорографию (для лиц старше 15 лет) и рентгенографию, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; диагностических пункций; физиотерапевтических процедур; медицинский массаж; лечебную физкультуру и прочих методов (методик);

-Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

-Я информирован(а) о том, что во время оперативного вмешательства может измениться объем и способ проведения вмешательства ввиду нецелесообразности либо опасности проведения запланированной тактики ведения лечения и согласен(на) с этим;

-Я информирован(а) о прогнозе течения болезни без оперативного вмешательства;

-Я информирован(а) об альтернативных лечебных методах (т.е. иных хирургических и нехирургических способах решения проблемы со здоровьем);

-Я информирован(а) о предполагаемом положительном эффекте и о возможном риске для моего здоровья от предполагаемого оперативного вмешательства;

-Я понимаю о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

-Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

-Я предупрежден(а), понимаю и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение, могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

-Я обязуюсь ставить в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

-Я согласен(на) на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских целях с учетом сохранения врачебной тайны.

-Я полностью осведомлен (а) о том, что ООО КДЦ «Добрый доктор» находится в системе обязательного медицинского страхования. Мне в доступной форме разъяснены основания получения бесплатной медицинской помощи в ООО КДЦ «Добрый доктор». До моего сведения доведена информация о тех объёмах медицинской помощи, которые может оказывать ООО КДЦ

«Добрый доктор» бесплатно в рамках Территориальной программы государственных гарантий (на дату моего обращения), за сверхплановые объемы согласен (на) внести доплату на основании и условиях Постановления Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 г.

-Я полностью осведомлен (а) о том, что в системе обязательного медицинского страхования для бесплатного оказания плановой медицинской помощи территориальной программой госгарантий установлены сроки ожидания. До моего сведения доведена информация о сроках ожидания плановой медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий (на дату моего обращения), за досрочное оказание плановой медицинской помощи согласен (на) внести доплату на основании и условиях Постановления Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 г.

-Я обязуюсь не курить в помещениях и на территории КДЦ «Добрый доктор» (п. 2 ст. 12 Федеральный закон от 23.02.2013 г. N 15-ФЗ ''б охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табак'') я понимаю и осознаю, что за нарушение запрета о курении, администрация КДЦ «Добрый доктор» оставляет за собой право досрочного прекращения оказания мне медицинских услуг при обнаружении вышеуказанного факта, при этом я осознаю, что нарушаю лечебно- охранительный режим и, как следствие, утрачиваю право на возврат оставшейся суммы за лечение (в случае прохождения лечения платно).

-Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, следовательно, **я добровольно даю свое согласие на обследование и(или) лечение в предложенном объеме, а также оставляю за собой выбор прохождения лечения обследования платно/по программе ОМС (нужное подчеркнуть)**;

-Даю согласие на получение смс-уведомлений (смс-напоминаний) по указанному мной номеру телефона о записи на прием.

-Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти следующим лицам (в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) | |
|  | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) | |
|  |  |
| (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) |
|  |  |
| (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |

**Дата документа.**

|  |
| --- |
| - Разрешаю посещение в медицинской организации представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Расписался в моем присутствии:  Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Должность, И.О. Фамилия) |

Прошу результаты, проведенного мне исследования,

отправить на мою личную электронную почту: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, достоверность написанных мной данных подтверждаю. Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 2

к договору оказания платной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

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

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Паспорт: серия \_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. Контактный телефон (сот.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06г. № 152-ФЗ ''О обработки персональных данных''

**(Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан)** являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного

|  |  |
| --- | --- |
| недееспособным: |  |
|  | (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения) | |

подтверждаю свое добровольное согласие на обработку персональных данных в ООО КДЦ ''Добрый Доктор'', далее - Оператор персональных данных, включающих: **фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации, реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях (в виде шифров международного классификатора болезней), 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 мне Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные на бумажных носителях, а также посредством внесения их в электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ОМС. Оператор вправе обрабатывать персональные данные находящиеся в истории моей болезни.

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

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов и составляет двадцать пять лет

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, когда такая передача осуществляется в рамках моей диагностики и лечения.

Настоящее согласие действует со дня его подписания бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течении десяти рабочих дней.

Я информирован(а), что ООО КДЦ ''Добрый доктор'' оказывает бесплатные медицинские услуги в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ на территории Алтайского края бесплатной медицинской помощи только в объеме утвержденного государственного задания по именным направлениям их государственных медицинских организаций (перечень услуг, входящих в гос.задание, находится в регистратуре), услуги, не входящие в государственное задание для ООО КДЦ ''Добрый доктор'', мною оплачены в добровольном порядке и я информирован(а) о возможности получения данных услуг по полису ОМС в других медицинских организациях.

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