

Настоящим я, _____ (ФИО пациента/законного представителя Пациента) подтверждаю, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (лечащего врача, медработника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья; ознакомился с лицензией на осуществление медицинской деятельности Исполнителя и предоставляемыми на основании лицензии услугами; ознакомился с Правилами предоставления медицинских услуг, с Прейскурантом, Правилами поведения пациентов и посетителей, размещенных на информационных стендах Исполнителя; предупрежден о том, что в помещениях Исполнителя с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности ведется видеонаблюдение и аудиофиксация.

Я также информирован(а) о возможности получения мною бесплатной медицинской помощи-соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я информирован(а) о том, что Исполнитель не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

_____ (подпись)

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №

г. Москва

«__» _____ 202_года

Общество с ограниченной ответственностью «Центр Эпилепсии», в лице Генерального директора Головтеевой Юлии Вячеславовны, действующего на основании Устава, далее именуемое **«Исполнитель»**, и

Гражданин (-ка), _____ (ФИО)

Паспорт: серии _____ номер _____

Кем выдан: _____

Дата выдачи: _____, код подразделения: _____

Место жительства: _____

Телефон: _____,

далее именуемый **«Пациент»**,

[ИЛИ ЕСЛИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЙ]

Гражданин (-ка), _____ (ФИО),

Паспорт: серии _____ номер _____

Кем выдан: _____

Дата выдачи: _____, код подразделения: _____

Место жительства: _____

Телефон: _____

являющийся законным представителем _____ (ФИО), _____

года рождения, свидетельство о рождении _____ (далее именуемый (-ая)

«Пациент»), далее именуемый **«Заказчик»**,

и **(НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ)** _____, далее именуемый

«Плательщик», в лице _____, действующего на основании

заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется, руководствуясь медицинскими показаниями, оказать Пациенту платные медицинские услуги _____ (по диагностике, профилактике, лечению имеющегося заболевания, состояния, реабилитации, консультированию; электроэнцефалография с видеомониторингом), дата оказания услуги _____ (далее – «платные медицинские услуги» или «услуги»), а Заказчик обязуется своевременно оплатить указанные услуги на условиях настоящего Договора в соответствии с действующим Прейскурантом Исполнителя на платные медицинские услуги.

1.2. Для целей настоящего Договора, а также согласно Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Стороны понимают, что целью платной медицинской услуги будет являться именно получение информации, определяющей состояние здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, связанном риске, вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

1.3. Содержание, сроки и объем платных медицинских услуг по настоящему Договору согласовываются Сторонами в Смете (Приложение № 2 к настоящему Договору), являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.4. Исполнитель в соответствии с п.1.1. настоящего Договора оказывает медицинские услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя, расположенном по адресу: 127566, город Москва, Высоковольтный проезд, дом 1, корпус 3.

1.5. При заключении Договора Пациенту предоставлена в доступной форме информация о возможности получения бесплатной медицинской помощи- соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.6. Исполнитель осуществляет свою деятельность в соответствии с лицензией № Л041-01137-77/00356608 от 23 сентября 2020 г., выданной Департаментом здравоохранения города Москвы (127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, телефон 8 499 251 83 00) на основании приказа №667-Л от 23 сентября 2020 года, срок действия лицензии – бессрочно, на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»):

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

А) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, функциональной диагностике;

Б) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, терапии;

В) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: генетике, детской кардиологии, детской эндокринологии, кардиологии, неврологии, психиатрии, функциональной диагностике, эндокринологии.

2. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость медицинских услуг устанавливается в соответствии с ценами, утвержденными в Прейскуранте Исполнителя и указаны в Приложении №1 к настоящему Договору. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте <https://центр-эпилепсии.рф> и на информационном стенде Исполнителя, находящемся по адресу: 127566, город Москва, Высоковольтный проезд, дом 1, корпус 3.

2.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Плательщиком в 100% размере в день предоставления медицинской услуги или на условиях 100% предоплаты, в соответствии с Прейскурантом Исполнителя и Сметой по настоящему Договору в кассу Исполнителя либо в безналичном порядке путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в Разделе 8 настоящего Договора.

2.3. В течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты оказания услуг Исполнитель направляет Заказчику/Пациенту/Плательщику Акт сдачи-приемки оказанных услуг (далее – «Акт»). Форма Акта утверждается Сторонами и является Приложением № 3 к настоящему Договору. Заказчик/Пациент/Плательщик обязан в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты получения Акта либо

подписать полученный Акт либо направить Исполнителю письменные мотивированные возражения от приемки оказанных услуг.

2.4. В случае получения Исполнителем письменного мотивированного отказа от приемки услуг, Сторонами в течение 2 (Двух) рабочих дней с момента получения отказа составляется двусторонний акт с указанием выявленных недостатков, порядка и сроков их устранения.

2.5. Услуги считаются оказанными надлежащим образом и принятыми Заказчиком/Пациентом/Плательщиком с момента подписания Сторонами Акта, а в случае не подписания Заказчиком/Пациентом/Плательщиком Акта в сроки, указанные в пп. 2.2 настоящего Договора, и не получения Исполнителем письменного мотивированного отказа от подписания услуги считаются оказанными в полном объеме, надлежащим образом, принятыми Заказчиком/Пациентом/Плательщиком и подлежат оплате в порядке, установленном условиями настоящего Договора.

2.6. В случае если во время оказания медицинских услуг по настоящему Договору Пациент и/или Исполнитель сочтут необходимым заменить один вид медицинских услуг другим, дополнить или исключить какой-либо вид медицинских услуг, Стороны вносят соответствующие изменения в Смету по настоящему Договору путем подписания дополнительного соглашения. В указанном дополнительном соглашении Стороны согласовывают порядок и сроки замены, доплаты или возврата части оплаченных денежных средств.

2.7. Услуги по настоящему Договору считаются оплаченными в момент внесения денежных средств в соответствующем размере в кассу Исполнителя, либо поступления денежных средств в соответствующем размере на расчетный счет Исполнителя. Оплата медицинских услуг подтверждается кассовым чеком, выданным Исполнителем, либо квитанцией (платежным поручением), выданной кредитной организацией с отметкой об исполнении.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать услуги по настоящему Договору качественно и в сроки, согласованные Сторонами в Смете.

3.1.2. Предоставлять Пациенту/Законному представителю Пациента необходимую информацию об условиях предоставления и оказания услуг, их стоимости, квалификации и сертификации специалистов, оказывающих медицинские услуги.

3.1.3. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензии и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.4. Предупредить Пациента/Законного представителя Пациента о необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Сметой. Без согласия Пациента/Законного представителя Пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе за исключением случаев оказания срочной медицинской помощи.

3.1.5. Вести медицинскую документацию, необходимую в соответствии с законодательством РФ.

3.1.6. Вести обработку персональных данных Пациента/Законного представителя Пациента в соответствии с законодательством РФ.

3.1.7. Предоставить Пациенту/Законному представителю Пациента полную и достоверную информацию о режиме работы, методиках, применяемых при оказании платных медицинских услуг, составе и свойствах используемых при оказании услуг медикаментов и материалов, результатах предполагаемого лечения, возможных болевых ощущениях, возможных осложнениях, о наличии альтернативных видов предоставления бесплатных медицинских услуг предусмотренных Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в городе Москве.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. Отказать в приеме Пациенту в случаях:

- Состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения.
- Если действия Пациента угрожают жизни и здоровью персонала или других лиц на территории Исполнителя.

3.2.2. Перенести срок получения услуги в случае опоздания Пациента более чем на 10 (десять) минут по отношению к назначенному времени получения услуги.

3.2.3. Отложить или отменить лечебные или диагностические мероприятия, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у Пациента противопоказаний по состоянию здоровья.

3.2.4. При изменении клинической ситуации или состояния здоровья Пациента, изменить план и сроки лечения с согласия Пациента.

3.2.5. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенной медицинской услуги, назначить другого специалиста.

3.2.6. Отказаться в одностороннем порядке от оказания медицинской услуги в целом или ее части или этапа, в случае отказа Пациента/Законного представителя Пациента подписать предложенную ему форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, согласия на обработку персональных данных либо иных документов, подлежащих подписанию согласно законодательству Российской Федерации.

3.2.7. С согласия Пациента/Законного представителя Пациента и по рекомендации лечащего врача направлять Пациента в другие медицинские организации на необходимые обследования/консультации, которые не проводятся Исполнителем, оплата таких услуг осуществляется пациентом.

3.3. Пациент обязуется:

3.3.1. Предоставить необходимую для Исполнителя полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях, медицинских манипуляциях и вмешательствах, а также лечении, имеющихся у него аллергических реакциях и противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

3.3.2. Сообщать обо всех переменах в состоянии своего здоровья, как в процессе оказания медицинских услуг, так и после их оказания, заботиться о своем здоровье.

3.3.3. Выполнять требования персонала Исполнителя, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинских услуг по настоящему Договору, включая: выполнение рекомендаций лечащего врача, плана лечения, соблюдение распорядка, правил внутреннего распорядка, техники безопасности и противопожарной безопасности.

3.3.4. Оплатить медицинские услуги по настоящему Договору и Смете в порядке и в сроки, предусмотренные настоящим Договором.

3.3.5. Являться на прием, лечение или процедуры в установленное и согласованное время.

3.3.6. Выполнять все требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению им условий настоящего Договора.

3.3.7. Выполнять назначения врача, бережно относиться к себе и своему здоровью.

3.3.8. Не менее, чем за 24 (двадцать четыре) часа информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги.

3.3.9. При подписании настоящего Договора Пациент/Законный представитель Пациента также выражает свое согласие на подписание Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. (Приложение №4) (далее – «информированное согласие»), а также на получение и обработку его персональных данных во исполнение требований Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. (Согласие пациента на передачу и обработку персональных данных) (Приложение №5).

3.3.10. Пациент/Законный представитель Пациента также проинформирован, что в случае его отказа от подписания Информированного согласия и согласия на передачу и обработку персональных данных, Исполнитель вправе незамедлительно отказаться от исполнения настоящего Договора.

3.3.11. Пациент/Законный представитель Пациента подтверждает, что он проинформирован о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

3.4. Пациент имеет право:

3.4.1. В доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, связанном риске, вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

3.4.2. Получать без взимания отдельной платы после исполнения договора копии медицинских документов (выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

3.4.3. На отказ от медицинского вмешательства.

3.4.4. Знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность Исполнителя и его персонала (образование, квалификация, сертификат специалиста).

3.4.5. По письменному заявлению, получить справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы.

3.4.6. В любое время отказаться от исполнения настоящего Договора, оплатив Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с подготовкой к оказанию услуг по настоящему Договору либо самим оказанием услуг по настоящему Договору.

3.5. Плательщик обязуется:

3.5.1. Оплатить медицинские услуги по настоящему Договору в порядке и в сроки, предусмотренные настоящим Договором.

3.5.2. Перед получением медицинских услуг ознакомиться с прейскурантом Исполнителя на платные медицинские услуги.

3.5.3. Плательщик проинформирован, что в случае отказа Пациента/законного представителя Пациента от подписания Информированного согласия, Исполнитель вправе незамедлительно отказаться от исполнения настоящего Договора.

3.6. Плательщик имеет право:

3.6.1. Требовать от Исполнителя надлежащего исполнения им обязательств, принятых по настоящему Договору;

3.6.2. Не оплачивать Услуги в случае, если она была оказана в период прекращения действия лицензии на осуществление медицинской деятельности.

3.6.3. В любое время отказаться от исполнения настоящего Договора, оплатив Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с подготовкой к оказанию услуг по настоящему Договору либо самим оказанием услуг по настоящему Договору.

4. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

4.1. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, правилами внутреннего распорядка Исполнителя, с требованиями юридических, профессиональных и морально-этических норм, соблюдая качество оказания медицинской помощи, обеспечивая безопасность оказываемой услуги.

4.2. Исполнитель осуществляет прием Пациента после оформления амбулаторной карты, согласия Пациента на обработку персональных данных, информированного добровольного согласия Пациента на оказание медицинских услуг.

4.3. При заключении Договора Пациенту предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, в том числе о стандартах и порядках оказания медицинской помощи, с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги; информацию о медицинском работнике, предоставляющем соответствующую медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи и другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

4.4. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения РФ или по желанию Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе превышающих вышеуказанные стандарты.

4.5. Пациент подтверждает свое согласие на участие в обследованиях, обязуется тщательно выполнять условия диагностических исследований и ознакомлен с тактикой и условиями проведения обследований.

4.6. Пациент предупрежден, что во время оказания услуг, с ним может произойти эпилептический приступ (равно как и в повседневной жизни).

4.7. Пациент предупрежден о том, что в процессе оказания услуг в связи со спецификой услуг могут быть не достигнуты те цели/результаты, которые он ожидал. Цель услуг по настоящему Договору указана в п. 1.2. настоящего Договора.

4.8. По письменному согласию Пациента информация, составляющая врачебную тайну Пациента, может быть передана третьим лицам.

4.9. Услуги по настоящему Договору считаются оказанными непосредственно в момент их оказания в соответствии со Сметой по настоящему Договору. Приемка услуг Пациентом и подписание Актов сдачи-приемки услуг по настоящему Договору не производится.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств по Договору стороны несут ответственность, предусмотренную Договором и законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств по Договору, если такое неисполнение или ненадлежащее исполнение вызвано нарушением Пациентом обязательств по Договору или не подписанием Пациентом информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство; выявления у Пациента противопоказаний к оказанию медицинских услуг; при несогласии Пациента с правилами внутреннего распорядка Исполнителя, а также при отсутствии возможности оказать необходимые Пациенту медицинские услуги.

5.3. Стороны согласовали обязательное соблюдение досудебного порядка урегулирования споров, а при не достижении согласия – спор передается на рассмотрение в суд в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

5.4. Претензии на качество оказанной медицинской помощи направляются Пациентом в письменном виде в адрес Исполнителя, указанный в разделе 8 Договора. Срок ответа на претензию – до 10 рабочих дней с момента поступления претензии.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты подписания его обеими Сторонами и действует до момента фактического оказания услуг Пациенту.

6.2. Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в письменном виде и подписанным Сторонами.

6.3. Договор может быть прекращен в одностороннем порядке:

6.3.1. в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по Договору;

6.3.2. в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

6.4. В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения платных медицинских услуг настоящий Договор расторгается, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7. ДРУГИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Взаимоотношения Сторон, не урегулированные в настоящем Договоре, регулируются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Все приложения, дополнения, иные изменения к Договору являются его неотъемлемой частью и имеют юридическую силу, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями Сторон.

7.3. Информация, составляющая врачебную тайну, может быть передана: Плательщику, а также

_____ (указать

ФИО, адрес места жительства, или поставить прочерк)

7.4. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

7.5. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью Договора:

7.5.1. Приложение №1 «Прейскурант Исполнителя на платные медицинские услуги»;

7.5.2. Приложение №2 «Смета к договору на оказание платных медицинских услуг»;

7.5.3. Приложение №3 «Акт сдачи-приемки услуг»;

7.5.4. Приложение №4 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство»;

7.5.5. Приложение №5 «Согласие пациента на обработку и передачу персональных данных».

8. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

ООО «Центр Эпилепсии»

Адрес: 127566, г. Москва, Высоковольтный проезд, дом 1, корпус 3

ИНН 9715206461, КПП 771501001, ОГРН 1157746644043, ОКПО 45040310

Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серии 77 №017219879, регистрирующий орган МИ ФНС России №46 по г.Москве
р/сч 40702810596000000900 в «Газпромбанк» (Акционерное общество)
БИК 044525823, кор/сч 30101810200000000823

Генеральный директор _____/Ю.В. Головтеева/

Пациент

ФИО:

Паспорт: серия _____ номер _____

Кем выдан: _____

Дата выдачи: _____ Код подразделения: _____

Место жительства: _____

Пациент _____ (ФИО)

ИЛИ

Заказчик:

ФИО:

Паспорт: серия _____ номер _____

Кем выдан: _____

Дата выдачи: _____ Код подразделения: _____

Место жительства: _____

Заказчик _____ (ФИО)

Плательщик:

Адрес:

ИНН

КПП

ОГРН

ОКПО

р/с

в

БИК

к/с

Директор _____ / _____ /

**Приложение №1 к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «___» _____ 202_г.**

Прейскурант Исполнителя на платные медицинские услуги:

Код услуги	Наименование услуг	Цена, в рублях
	Общий прием	
V01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	8 000
V01.023.002	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный	бесплатно
V01.023.003	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога со стажем более 10 лет первичный	15 000
V01.023.004	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога со стажем более 10 лет повторный	бесплатно
V01.023.005	Прием (осмотр, консультация) ведущего врача-невролога первичный	9 000
V01.023.006	Прием (осмотр, консультация) ведущего врача-невролога повторный	бесплатно
A23.23.001	Настройка нейростимулятора	5 000
A05.23.001.002	Электроэнцефалография с видеомониторингом	
A05.23.001.003	Электроэнцефалография с видеомониторингом 1 час	9 000
A05.23.001.004	Электроэнцефалография с видеомониторингом 2 часа	10 000
A05.23.001.005	Электроэнцефалография с видеомониторингом 4 часа	11 000
A05.23.001.006	Электроэнцефалография с видеомониторингом 6 часов	12 000
A05.23.001.007	Электроэнцефалография с видеомониторингом 10 часов	18 000

Электроэнцефалография с видеомониторингом включает в себя следующее:

1. электроэнцефалограмма (далее – «ЭЭГ») во время сна и бодрствования, дополнительные функциональные пробы, а именно предъявление слуховых и зрительных стимулов, проба на форсированное дыхание в случаях необходимости;
2. провокация эпилептических приступов путем временной отмены антиэпилептических лекарственных средств (или снижения их дозировки) при необходимости уточнения характера болезни;
3. провоцирующие процедуры, а именно специфические диагностические провокации эпилептиформной активности и приступов во время ЭЭГ – фотостимулы, глубокое дыхание, недосыпание и некоторые индивидуальные процедуры по рекомендации лечащего врача;
4. дополнительные специфические провокации эпилептических разрядов и приступов по назначению лечащего врача либо врача видео-ЭЭГ в зависимости от задач и целей обследования;
5. видеозапись всего процесса исследования.

Прейскурант Исполнителя на платные услуги:

№ п/п	Наименование услуг	Цена, в рублях
1	Консультация специалиста-дефектолога	7 000
2	Занятие со специалистом- дефектологом	4 000
3	Консультация специалиста-лингвиста	7 000
4	Скрининг когнитивных функций Эпитрек	4 000

Исполнитель	Пациент/Заказчик
--------------------	-------------------------

Образец договора на оказание платных медицинских услуг

_____ / _____ /	_____ / _____ /
Плательщик	
_____ / _____ /	

**Приложение № 2. Смета по Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «___» _____ 202_ г.**

Смета по договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ г.

№	Дата	Код услуги	Наименование услуги	Количество	Стоимость, руб.
1					
2					

Итого: _____ (_____) рублей¹

Пациент подтверждает, что ознакомлен и согласен с перечнем платных медицинских услуг, их количеством и стоимостью.

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Претензий по объему, качеству и срокам Пациент не имеет.

Исполнитель	Пациент/Заказчик
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____
Плательщик	
_____ / _____ / _____	

¹ НДС не облагается в связи с применением Исполнителем упрощенной системы налогообложения

**Приложение № 3 к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от _____ 202_ г.**

ФОРМА АКТА СДАЧИ-ПРИЕМКИ УСЛУГ

Акт сдачи-приемки услуг

по Договору на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от «_» _____ 202_ года

г. Москва

«_» _____ 202_ года

Исполнитель: ООО «Центр Эпилепсии»

Адрес: 127566, г. Москва, Высоковольтный проезд, д. 1, корпус 3, ИНН 9715206461, КПП 771501001, ОГРН 1157746644043, ОКПО 45040310, р/с 40702810596000000900, в «Газпромбанк» (Акционерное общество), к/с 30101810200000000823, БИК 044525823

Заказчик/Плательщик:

№	Наименование работы (услуги)	ФИО пациента	Дата оказания услуги	Количество	Цена	Сумма

Всего оказано услуг на сумму: _____ (_____) рублей ____ копеек. НДС не облагается в связи с применением Исполнителем упрощенной системы налогообложения.

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «Центр Эпилепсии»

Генеральный директор

_____/Ю.В. Головтеева/

М.П.

ЗАКАЗЧИК/Плательщик:

_____/ /

М.П.

ФОРМА Приложения № 3 к Договору согласована:

Заказчик/Плательщик	Исполнитель ООО «Центр Эпилепсии»
_____/ /	Генеральный директор
М.П.	_____/ Головтеева Ю.В./
	М.П.

Приложение № 4 к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «___» _____ 202_ г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«___» _____ г. рождения, зарегистрированный по
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

адресу:

_____,
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____,
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным
представителем)

«___» _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____,
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи» (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень) (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь **(ненужное зачеркнуть)** в Обществе с ограниченной ответственностью «Центр Эпилепсии» (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь **(ненужное зачеркнуть)**, в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)
телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя,

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«__» _____ 202_г.
(дата оформления)

**Приложение №5 к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202_ г.**

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПЕРЕДАЧУ И ОБРАБОТКУ
ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, _____, «__» _____ г., действующий (-щая) от своего имени/ от имени пациента, законным представителем которого я являюсь, зарегистрированный (-ая) по адресу:

паспорт: _____

во исполнение требований Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. даю согласие на получение и обработку моих персональных данных или персональных данных пациента, законным представителем которого я являюсь (в том числе биометрических), оператору персональных данных - Обществу с ограниченной ответственностью «Центр Эпилепсии» (далее - Оператор), адрес: Россия, 127566, г. Москва, Высоковольтный проезд, д. 1, корпус 3, в целях оказания платных медицинских услуг и установления диагноза, включающих:

- фамилию, имя, отчество, пол, возраст, дату рождения, место рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, телефон;
- данные о состоянии моего здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь), диагнозе, факте обращения за медицинской помощью;
- данные паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;
- семейное положение, данные о родственниках, состав семьи;
- данные о трудовой деятельности, место работы, занимаемая должность;
- данные об образовании;
- социальное, имущественное положение.

Под обработкой персональных данных я понимаю совершение любых действий и операций с моими персональными данными (с персональными данными пациента, законным представителем которого я являюсь), с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, предоставление, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение и любые другие действия (операции) с моими персональными данными, совершаемые с использованием или без использования средств автоматизации.

Я предоставляю право работникам оператора передавать мои персональные данные (персональные данные пациента, законным представителем которого я являюсь) другим медицинским организациям при необходимости их привлечения для оказания отдельных видов медицинских услуг.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва мною в письменной форме.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку действия договора оказания платных медицинских услуг № _____ от «__» _____ 202_ г.

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью пациента или его законного представителя)