

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**на проведение исследования биологического материала**

г. Новосибирск

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью Клиника «Медпрактика», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Начиновой Людмилы Игоревны, действующей на основании Устава, (свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 17 августа 2010 года выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 16 по Новосибирской области, ОГРН 1105476046807, Лицензия ЛО-54-01-004427 от 07 июля 2017 года, выдана Министерством Здравоохранения Новосибирской области, Адрес: 630011, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, 18; Тел.: 222-15-61; факс 222-76-85) с одной стороны, и пациент:

ФИО Пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

Зарегистрирован по адресу \_\_\_\_\_

**В случае, если пациент несовершеннолетний, то данные законного представителя:**

Законный представитель (ФИО) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

Зарегистрирован по адресу \_\_\_\_\_

другой стороны, вместе также именуемые «Стороны» заключили настоящий договор (далее «Договор») о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель на основании обращения Пациента обязуется оказать ему медицинские услуги по исследованию клеща (далее - "медицинские услуги"), а Пациент уплачивает Исполнителю вознаграждение в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим преискурантом, действующий в данный момент.

1.2. В случае, если, при предоставлении услуг потребуются предоставление на возмездной основе дополнительных услуг, не предусмотренных договором, Стороны обязаны заключить дополнительное соглашение к настоящему договору.

1.3. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

1.4. Если пациент обращается к исполнителю на основании полиса страховой компании, услуги пациенту исполнитель оказывает на безвозмездной основе, в соответствии с программой страхования своей страховой компании.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить Пациента бесплатной, в доступной форме и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о:

а) правилах забора и доставки биологического материала (клеща), соблюдение которых необходимо;

б) других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.

2.1.2. Обеспечить маркировку, сортировку, хранение и доставку в лабораторию биологического материала. Обеспечить упаковку, предохраняющую биологический материал от повреждений во время транспортировки в лабораторию.

2.1.3. Не предоставлять третьим лицам, находящимся у Исполнителя документацию о Пациенте и факте обращения к нам.

2.1.4. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами, которые могут хранить, накапливать биологический материал согласно лицензии.

2.1.5. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения 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.

2.1.6. Представлять для ознакомления по требованию Пациента:

а) положение о его филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

2.1.7. Выдать Пациенту заключение о результатах исследования в следующие сроки с момента передачи материала в лабораторию: при исследовании на зараженность клещевым энцефалитом - не ранее чем через 4 рабочих дня. при исследовании на зараженность боррелиозом, эрлихиозом, анаплазмозом и другие инфекции - не ранее чем через 6 рабочих дней. Исключение праздничные дни, в эти дни срок выдачи заключения может изменяться. Исследования делаются на «РеалБест ДНК *Borrelia burgdorferi* s.l.»-для выявления ДНК боррелий комплекса *Borrelia burgdorferi sensu lato* (*Borrelia afzelii*, *Borrelia garinii*, *Borrelia burgdorferi sensu stricto* без разделения на виды); «РеалБест ДНК *Anaplasma phagocytophilum/Ehrlichia muris, Ehrlichia chaffeensis*»-для выявления ДНК *Anaplasma phagocytophilum* и *Ehrlichia muris, Ehrlichia chaffeensis* (без разделения Эрлихий на виды); «РеалБест РНК ВКЭ»-для выявления ДНК дальневосточного, европейского и сибирского генотипов вируса клещевого энцефалита, вызывающего заболевания человека.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Соблюдать требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

2.2.2. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим договором (кроме пациентов обращающихся по страховым программам).

2.2.3. Кроме того Пациент обязан:

- информировать о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях; информировать Исполнителя об ухудшении состояния своего здоровья на момент сдачи биологического материала, при необходимости воспользоваться услугами скорой, неотложной медицинской помощи;

- соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;

- выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

2.2.4. Заполнять всю документацию лично или представлять несовершеннолетнего с предъявлением документа удостоверяющего личность.

2.2.5. Я ознакомлен с правилами нахождения, распорядка дня, нормами, правилами в ООО Клиника "Медпрактика" и обязуюсь их соблюдать, в противном случае, по отношению ко мне будут приняты меры.

2.2.6. Я разрешаю использовать мою медицинскую документацию для проверки контроля качества оказания медицинской помощи, в том числе, с участием сторонних организаций, специалистов, а также производить видеозапись в отделении с моим участием.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Не принимать на исследование биологический материал несоответствующий установленным требованиям (например, клещ раздавлен), если с момента укуса до момента сдачи клеща на исследование прошло более 12 часов с момента укуса, присасывания, если клещ принесен Пациентом на исследование Исполнителю в ненадлежащем виде и в ненадлежащей упаковке, согласно требованиям лаборатории.

2.3.2. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации.

2.3.3. Требовать от Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг.

2.3.4. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему<sup>7</sup> Договору.

2.3.4. Не приступать к исполнению обязанностей, установленных настоящим договором, до момента исполнения Пациентом обязательств по оплате услуг Исполнителя в соответствии с разделом 4 настоящего договора.

2.3.5 В целях улучшения качества обслуживания, исполнитель имеет право изменять лабораторию по своему усмотрению, а также передавать на перепроверку данных биологический материал присвоенный моей фамилии.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим

исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

2.5. До заключения настоящего Договора Исполнитель уведомляет Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), 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 Пациента. Кроме того, Исполнитель уведомляет Пациента, что отрицательный результат исследования биологического материала не является основанием для отказа от дальнейшего обследования и отказа от введения противоклещевого иммуноглобулина, а так же не исключает укус других клещей. Необходима консультация специалиста по укусу клеща.

2.6. Пациент выражает свое согласие на обработку своих персональных данных, включающую сбор, хранение, уточнение, передачу и уничтожение их, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

2.7. В целях обеспечения безопасности лечебного процесса и контроля качества оказания услуг Пациент уведомлен и выражает свое согласие на проведение Исполнителем аудио и видеозаписи на период нахождения Пациента в помещении ООО «Медпрактика». Полученная данным способом информация не подлежит распространению и может быть предоставлена Исполнителем по запросу суда и правоохранительных органов, в соответствии с законодательством РФ.

2.8. Пациент подтверждает, что он ознакомлен с Прейскурантом цен, действующим на момент заключения договора, а также правилами сдачи клеща на анализ.

2.9. Пациент подтверждает, что на момент обращения он не находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, не принимает психотропных и наркотических препаратов \_\_\_\_\_

(указать)

2.10. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

### 3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

3.1. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия пациента, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, документа удостоверяющего личность пациента. Если пациент обращается на основании страхового полиса, услуги пациенту предоставляются на основании оригинала страхового полиса ДМС.

3.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, непредусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента.

Без согласия Пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.3. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

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

3.5. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. N 2300-1 "О защите прав потребителей".

### 4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость медицинских услуг составляется согласно прейскуранту, который действует на момент сдачи материала на исследование.

4.2. Вознаграждение уплачивается путем перечисления суммы, указанной в п. 4.3 настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя или путем внесения в кассу Исполнителя.

Пациенту в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек, квитанция или иные документы).

4.3. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу.

4.4. Дополнительные услуги оплачиваются на основании прейскуранта цен.

### 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента, однако, не исключен факт укусов и напозания других клещей на тело Пациента, за исследование которых Исполнитель не несет ответственности.

5.2. По соглашению (договору) Сторон указанная в п. 5.3 настоящего Договора неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги, предоставления Пациенту дополнительных услуг без оплаты, возврата части ранее внесенного аванса.

5.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение другой Стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, отключение света, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.4. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее двух часов с момента их наступления и прекращения уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

5.5. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.6. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Пациенту медицинской помощи.

5.7. Исполнитель не несет ответственность за качество оказания услуги по исследованию клеща, если клещ в момент снятия с Пациента оказался поврежден в виду невозможности извлечения клеща другим способом или смазал различными веществами.

## 6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

## 7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до полного исполнения сторонами обязательств по нему.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

## 8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

8.2. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8.3 Второй экземпляр на руки Пациентом получен.

## 9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

<b>Исполнитель</b> <b>ООО «Медпрактика»</b> г. Новосибирск, ул. <b>Красина 68</b> тел: (383)217-45-26(29), ИНН/КПП 5401339262/ 540101001, ОГРН1105476046807, БИК 045004774, р/с 40702810723000001205, к/с 30101810600000000774, Филиал «Новосибирский» ОАО «АЛЬФА-БАНК».	<b>Пациент</b> <b>(Ф.И.О.)</b>
	<b>Адрес</b> <b>проживания</b>
	<b>Телефон</b>
	<b>Подпись //</b>

Директор ООО «Медпрактика»

\_\_\_\_\_/Л.И.Начинова

### Согласие на предоставление медицинской информации

Выражаю свое согласие на предоставление ООО «Медпрактика» медицинской информации из моей амбулаторной карты о факте моего обращения за медицинской помощью (включая информацию в реестрах на оплату счетов за оказанные медицинские услуги), копию амбулаторной карты, страховой компании. Данная информация требуется для проведения медицинской экспертизы качества и объема, представленных к оплате медицинских услуг, полученных в медицинском учреждении, согласно страховому полису, по программе ДМС или координации текущего процесса оказания медицинской помощи.

Данное согласие дается на весь срок действия страхового полиса и в течение 5 (пяти) лет после окончания срока действия страхового полиса.

Я оставляю за собой право отозвать данное согласие на основании письменного заявления в медицинское учреждение.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись пациента: \_\_\_\_\_

Родителя/попечителя/полномочные представители \_\_\_\_\_  
(данная подпись необходима только в случае, если пациент не дееспособен и не в состоянии подписать данную форму).

### Лист опроса на момент сдачи клеща на исследование

1. ФИО лица, которого укусил (наполз) клещ \_\_\_\_\_
2. ФИО представителя (если укушенный несовершеннолетний)  
\_\_\_\_\_
3. Дата рождения \_\_\_\_\_
4. Дата укуса или наползания (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_
5. Место укуса (наползания) на теле \_\_\_\_\_
6. Местность где укусил клещ \_\_\_\_\_
7. Клещ удален: лично, третьим лицом (знакомыми, родственниками), ЛПУ (мед.центром), мед. персоналом "Медпрактики" (нужное подчеркнуть), другое \_\_\_\_\_
8. Количество ранне сданных клещей в 2018 на исследование \_\_\_\_\_
9. Вводился ли противоклещевой иммуноглобулин перед сдачей клеща на анализ \_\_\_\_\_, если да, то когда \_\_\_\_\_
10. Жалобы на состояние здоровья в момент сдачи клеща на исследование (температура, головная боль, покраснения в месте укусу) \_\_\_\_\_
11. Проводилась ли вакцинация от клещевого энцефалита \_\_\_\_\_
12. Употреблялся ли алкоголь в течении последних 6 часов **да, нет** (нужное подчеркнуть)
13. Наличие беременности **да, нет** (нужное подчеркнуть), если да, то срок на момент обращения \_\_\_\_\_
14. Аллергические реакции \_\_\_\_\_
15. Хронические заболевания \_\_\_\_\_
16. Сдаю клеща на исследование на следующие инфекции:  
Вирус клещевого энцефалита (PHK Tick-borne encephalitis Virus),  
Боррелиоз (ДНК Borrelia burgdorferi s.l.),  
Рикеттсиоз (ДНК Rickettsia sibirica / Rickettsia heilongjiangensis),  
Анаплазмоз (ДНК Anaplasma),  
Эрлихиоз (ДНК Ehrlichia),  
Бабезиоз (ДНК Babesia species)