

**Общество с ограниченной ответственностью
"Центр офтальмохирургии"**

ПРИКАЗ

№ 1

«01» января 2023г.

«Об утверждении документов по предоставлению платных медицинских услуг в клинике»

В соответствии с частью 7 статьи 84 федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статьи 39 федерального закона от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и для определения порядка и условий предоставления платных медицинских услуг в ООО «Центр офтальмохирургии»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

Утвердить:

1. Положение о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ООО «Центр офтальмохирургии» (Приложение 1).
2. Правила предоставления платных медицинских услуг пациентам в ООО «Центр офтальмохирургии» (Приложение 2).
3. Правила поведения пациентов в ООО «Центр офтальмохирургии» (Приложение 3).
4. Форму договора на оказание платных медицинских услуг (заключаемого с гражданами, в том числе с недееспособными) (Приложение 4).
5. Форму договора на предоставление платных медицинских услуг несовершеннолетнему (Приложение 5).
6. Форму информированного добровольного согласия пациента на получение платных медицинских услуг (Приложение 6).
7. Формы информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство (Приложение 7).
8. Форму Согласия на обработку персональных данных (Приложение 8).
9. Инструкцию по порядку заключения договора на оказание платных медицинских услуг (Приложение 9).

Генеральный директор

Н.Н. Куканова

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»

Н.Н. Куканова
«01 » января 2023г.

**Положение
о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг
в ООО «Центр офтальмохирургии»**

I. Общие положения

1. Настоящее Положение определяет порядок и условия предоставления ООО «Центр офтальмохирургии» гражданам платных медицинских услуг.

2. Для целей настоящего Положения используются следующие основные понятия:

"платные медицинские услуги" - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор);

"заказчик" - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором;

"исполнитель" - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги заказчикам (ООО «Центр офтальмохирургии»).

3. Платные медицинские услуги предоставляются ООО «Центр офтальмохирургии» на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке.

4. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

5. Настоящее Положение в наглядной и доступной форме доводится до сведения заказчика.

II. Условия предоставления платных медицинских услуг

6. При заключении договора заказчику предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи.

7. Порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые ООО «Центр офтальмохирургии», устанавливается самостоятельно.

8. При предоставлении платных медицинских услуг обязательно соблюдаются порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

9. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи (по решению врачебной комиссии).

III. Информация об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах

10. ООО «Центр офтальмохирургии» предоставляет посредством размещения на сайте в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", а также на информационных стендах (стойках) медицинской организации информацию, содержащую следующие сведения:

а) наименование и фирменное наименование;

б) адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения

сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

в) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);

г) перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;

д) сведения о медицинских работниках, предоставляющих платные медицинские услуги, об уровне их профессионального образования и квалификации;

е) режим работы ООО «Центр офтальмохирургии», график работы медицинских работников, предоставляющих платные медицинские услуги;

ж) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

11. Информация, размещенная на информационных стендах (стойках), должна быть доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени ООО «Центр офтальмохирургии». Информационные стенды (стойки) располагаются в доступном для посетителей месте и оформляются таким образом, чтобы можно было свободно ознакомиться с размещенной на них информацией.

12. Исполнитель предоставляет для ознакомления по требованию заказчика:

а) копию учредительного документа ООО «Центр офтальмохирургии»;

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

13. При заключении договора по требованию заказчика ему должна предоставляться в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

14. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, 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 заказчика.

IV. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг

15. Договор заключается заказчиком и исполнителем в письменной форме.

16. Договор должен содержать:

а) сведения об исполнителе:

наименование и фирменное наименование, адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа;

- б) фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица;
наименование и адрес места нахождения заказчика - юридического лица;
- в) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;
- г) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;
- д) условия и сроки предоставления платных медицинских услуг;
- е) должность, фамилию, имя, отчество (если имеется) лица, заключающего договор от имени исполнителя, и его подпись, фамилию, имя, отчество (если имеется) заказчика и его подпись. В случае если заказчик является юридическим лицом, указывается должность лица, заключающего договор от имени заказчика;
- ж) ответственность сторон за невыполнение условий договора;
- з) порядок изменения и расторжения договора;
- и) иные условия, определяемые по соглашению сторон.

17. Договор составляется в 2 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика.

18. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию заказчика или исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

19. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом заказчика.

Без согласия заказчика исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

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

21. В случае отказа заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует заказчика о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

22. Заказчик обязан оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.

23. Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

24. Исполнителем после исполнения договора выдаются заказчику медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

25. Заключение договора добровольного медицинского страхования и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным договором, осуществляются в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и Законом Российской Федерации "Об организации страхового дела в Российской Федерации".

V. Порядок организации и проведения экспертизы качества и безопасности медицинской деятельности на предмет соблюдения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи по лицензированным видам деятельности

26. Экспертиза качества представляет собой контрольную функцию по оценке соответствия оказываемой медицинской помощи требованиям к проведению диагностических, лечебных и иных мероприятий, а также обеспечения лекарственными препаратами при конкретных заболеваниях и состояниях утвержденным федеральным и региональным стандартам медицинской помощи или общепринятым нормам клинической практики.

Контроль соблюдения медицинской организацией, структурными подразделениями,

медицинскими работниками прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества, обеспечения доступности медицинской помощи направлен на:

- а) обеспечение порядка рассмотрения обращений граждан;
- б) соблюдение требований законодательства Российской Федерации к размещению и содержанию информации об осуществляемой деятельности в сфере охраны здоровья граждан (стенды, наличие официального сайта медицинской организации в сети Интернет);
- в) соблюдение порядка и условий оказания медицинской помощи;
- г) обеспечение качества медицинской помощи, оказанной пациенту.

Внутренний контроль за оказанием медицинской помощи может осуществляться в виде: планового контроля (тематическая экспертиза), целевого контроля (по отдельным случаям), предупредительного контроля, контроля результата с целью оценки качества выполненной услуги конкретному пациенту.

Плановый контроль осуществляется согласно плану - графику, на основании действующих отраслевых, территориальных и внутриучрежденческих приказов.

Целевой контроль предусматривает реализацию определенной цели, которая выявляет причину отклонения от стандарта качества:

- оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов;
- анализ ятрогенных осложнений;
- анализ жалоб пациентов.

27. Внутренняя экспертиза качества медицинской деятельности осуществляется экспертным путем должностными лицами медицинских организаций, врачебными комиссиями (далее ВК).

Внутренняя экспертиза, как правило, проводится по первичной медицинской документации (медицинской карте стационарного больного, медицинской карте пациента и т. п.). При необходимости может быть проведена очная экспертиза качества медицинской деятельности.

28. Экспертиза качества медицинской деятельности осуществляется в клинике при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности на вид работ (услуг): «экспертиза качества медицинской помощи» (имеется у главного врача клиники).

29. В случае отсутствия в клинике лицензии на вид работ (услуг): «экспертиза качества медицинской помощи», экспертиза качества медицинской помощи может быть обеспечен путем заключения договора с организацией здравоохранения, имеющей лицензию на данный вид работ (услуг).

Услуги по экспертизе качества медицинской помощи, предоставляемые согласно заключенных договоров, должны соответствовать требованиям законодательства Российской Федерации и выполняться в соответствии с настоящим Положением.

30. В соответствии со структурой и штатным расписанием клиники экспертиза качества медицинской помощи осуществляется на уровне лечащего врача (самоконтроль), заведующего отделением (1 уровень) и ВК (2 уровень).

31. Контроль со стороны лечащего врача (самоконтроль):

- выявление дефектов в оказании медицинской помощи на предшествующем этапе, в том числе дефектов ведения медицинской документации, обследования, диагностики, лечения, экспертизы нетрудоспособности и т.п.;
- оценка состояния здоровья больного при обращении;
- составление плана обследования и лечения больного (с учетом устранения выявленных дефектов предыдущего этапа, стандартов обследования и лечения);
- при выявлении побочных действий, серьезных нежелательных реакций, непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов, информация об этом представляется заведующему отделением/поликлиникой в порядке, установленном в медицинской организации;
- оформление медицинской документации в строгом соответствии с установленными требованиями.

32. 1-й уровень – контроль со стороны заведующего отделением.

Заведующий отделением проводит:

- а) экспертизу качества медицинской помощи;
- б) оценку соблюдения требований к качеству оформления и ведению медицинской документации;

- в) контроль качества выполнения диагностических технологий;
- г) анализ и оценка деятельности врачей, среднего медицинского персонала отделения;
- д) выявление дефектов и принятие мер по их устранению и предупреждению.

Заведующий отделением в течение месяца обязан провести экспертизу не менее 30% законченных случаев лечения пациентов в амбулаторном отделении и стационаре клиники. Выявленные недостатки в оказании медицинской помощи анализируются и докладываются с предложениями в виде служебных записок главному врачу клиники.

33. 2-й уровень – контроль со стороны врачебной комиссии.

Врачебная комиссия клиники (далее - врачебная комиссия) создается приказом генерального директора клиники.

Председателем врачебной комиссии является главный врач клиники, имеющий высшее медицинское образование, сертификат специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

Членами врачебной комиссии являются врачи-специалисты из числа наиболее опытных штатных работников клиники. К работе врачебной комиссии могут привлекаться врачи-специалисты других медицинских организаций.

Персональный состав врачебной комиссии утверждается генеральным директором клиники ежегодно.

Основными задачами экспертизы качества медицинской помощи на уровне ВК являются:

- изучение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью в конкретной медицинской организации;
- выявление и анализ дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное воздействие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи; оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов медицинской организации;
- контроль обоснованности назначения и выписки лекарственных средств на основании нормативных документов, утвержденных в установленном порядке, в том числе лицам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;
- соблюдение требований к качеству оформления документации;
- расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи;
- подготовка рекомендаций, способствующих повышению качества и направленных на предупреждение дефектов в работе, врачебных ошибок;
- контроль реализации управленческих решений.

Заседания врачебной комиссии проводятся в соответствии с утвержденным в клинике графиком.

При осуществлении экспертизы качества и безопасности медицинской деятельности врачебная комиссия:

- проводит выборочную экспертную проверку качества и безопасности медицинской деятельности в отделениях медицинской организации;
- организует контроль выполнения нормативных и методических документов в сфере экспертизы качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации;
- принимает решение по представлению лечащего врача и заведующего отделением, дает заключения в случаях, установленных законодательством;
- принимает решения и дает заключения в решении сложных клинико-экспертных вопросов, возникающих при проведении контроля в отделениях;
- рассматривает обращения физических и юридических лиц по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности;
- рассматривает план мероприятий по устранению причин снижения качества и безопасности медицинской деятельности;
- представляет предложения руководителю организации о поощрении или взыскании специалистов медицинской организации в зависимости от качества оказываемой медицинской помощи;
- проводит ежеквартальный анализ работы по экспертизе качества и безопасности медицинской деятельности в разрезе структурных подразделений.

Врачебная комиссия медицинской организации проводит экспертизу всех представленных на рассмотрение случаев с оформлением результатов в Журнале учета клинико-экспертной работы медицинской организации (ф. 035/у-02).

34. ООО «Центр офтальмохирургии» обеспечивает прохождение ответственными за проведение контроля качества медицинской помощи тематического повышения квалификации по экспертизе качества медицинской помощи с установленной периодичностью.

35. Ответственные за проведение экспертизы несут ответственность за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

36. В необходимых случаях для проведения экспертизы качества медицинской помощи могут привлекаться (по согласованию) в качестве экспертов: работники медицинских ВУЗов, работники других организаций здравоохранения Московской области.

В необходимых случаях при проведении экспертизы качества медицинской помощи может проводиться осмотр пациента.

37. Экспертиза качества медицинской помощи проводится по медицинской документации (медицинской карте амбулаторного больного – для пациентов, принятым по ОМС, и медицинской карте пациента, утвержденной приказом клиники от «___» _____ 2015г.).

38. В обязательном порядке экспертизе качества медицинской помощи подлежат следующие случаи:

38.1. В амбулаторно - поликлинических подразделениях:

случаи летальных исходов в детском возрасте и лиц трудоспособного возраста;
случаи летальных исходов на дому от управляемых причин;
случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, в т.ч. внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;
случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
случаи заболеваний со значительно (более 50 % от средних) удлиненными сроками лечения;

случаи расхождений диагнозов поликлиники и стационара;

случаи расхождений диагнозов поликлиники и патологоанатомических диагнозов;

случаи первичного выявления запущенных онкологических заболеваний;

случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;

случаи, при проверках которых контролирующими органами и организациями (департамент здравоохранения Московской области, Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Московской области и др.) были выявлены дефекты медицинской помощи.

38.2. В стационаре клиники:

случаи летальных исходов;

случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, в т.ч. внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;

случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение 3 месяцев, если госпитализация не была ранее запланирована;

случаи заболеваний со значительно (более 50 % от средних) удлиненными сроками лечения;

случаи расхождений заключительных клинических диагнозов и патологоанатомических диагнозов;

случаи расхождений дооперационных и послеоперационных диагнозов;

случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;

случаи, при проверках которых контролирующими органами и организациями (департамент здравоохранения Московской области, Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Московской области и др.) были выявлены дефекты медицинской помощи.

39. Случаи, подлежащие экспертизе качества медицинской помощи в обязательном порядке, отбираются для проверки и проверяются в первую очередь.

Все прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми проверке.

40. Из случаев, подлежащих экспертизе качества медицинской помощи в обязательном порядке, врачебной комиссией клиники рассматриваются:

случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;

случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями;

иные случаи, в соответствии с положением о деятельности врачебной комиссии.

41. Объемы работы врачебной комиссии клиники (далее - ВК) по проведению экспертизы качества медицинской помощи: 20-25 законченных случаев оказания медицинской помощи пациентам ежемесячно

42. Проведение экспертизы качества медицинской помощи конкретному пациенту предусматривает оценку ее соответствия стандартам медицинской помощи, протоколам ведения больных, зарегистрированным медицинским технологиям, установленным или обычно предъявляемым в медицинской практике требованиям к проведению диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий, проведению медицинской экспертизы, медицинского освидетельствования, оформлению медицинской документации, с учетом современного уровня развития медицинской науки, медицинских технологий и клинических особенностей каждого конкретного случая оказания медицинской помощи.

43. При проведении экспертизы качества медицинской помощи ответственные за проведение экспертизы руководствуются: федеральными стандартами медицинской помощи, региональными стандартами медицинской помощи, протоколами ведения больных, другими нормативными правовыми документами, клиническими рекомендациями, формулярными статьями и другими источниками доказательной медицинской практики.

44. Экспертиза качества медицинской помощи проводится по методике экспертной оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, заключающейся в проведении последовательной оценки каждой составляющей конкретного случая оказания медицинской помощи, с учетом его клинических особенностей:

сбор жалоб и анамнеза;

проведение диагностических мероприятий;

оформление диагноза;

проведение лечебных мероприятий;

проведение профилактических мероприятий;

проведение медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования;

оформление медицинской документации.

45. При проведении экспертизы качества медицинской помощи используются следующие критерии качества медицинской помощи:

критерий своевременности оказания медицинской помощи – отражает своевременность оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента;

критерий объемов оказания медицинской помощи - отражает соответствие объемов оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента;

критерий преемственности оказания медицинской помощи – отражает соблюдение преемственности при оказании медицинской помощи подразделениями (отделениями; медицинскими работниками) организации здравоохранения;

критерий соблюдения медицинских технологий - отражает соблюдение медицинскими работниками зарегистрированных медицинских технологий при их назначении и непосредственно в процессе оказания медицинской помощи;

критерий безопасности оказания медицинской помощи - отражает оптимальность выбора медицинских технологий при оказании медицинской помощи, с учетом минимизации риска их применения для конкретного пациента, принятие, в случае необходимости, адекватных мер профилактики ятрогенных осложнений, а также соблюдение в подразделениях (отделениях) правил хранения и применения лекарственных препаратов и расходных материалов;

критерий эффективности оказания медицинской помощи – отражает достижение целевых результатов оказания медицинской помощи конкретному пациенту.

46. Критерии качества медицинской помощи используются ответственными за проведение контроля при оценке каждой составляющей конкретного случая оказания медицинской помощи:

Составляющие случая оказания медицинской помощи	Критерии оценки	Варианты оценки
Сбор жалоб и анамнеза	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
Диагностические мероприятия	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий соблюдения медицинских технологий	- назначены оптимально; - назначены не оптимально; - соблюдались; - не соблюдались
	Критерий безопасности	- риск минимизирован; - риск не минимизирован
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
	Критерий преемственности	- соблюдалась; - не соблюдалась
Оформление диагноза	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
Лечебные мероприятия	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий соблюдения медицинских технологий	- назначены оптимально; - назначены не оптимально; - соблюдались; - не соблюдались
	Критерий безопасности	- риск минимизирован; - риск не минимизирован
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
	Критерий преемственности	- соблюдалась; - не соблюдалась
Профилактические мероприятия	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий соблюдения медицинских технологий	- назначены оптимально; - назначены не оптимально; - соблюдались; - не соблюдались
	Критерий безопасности	- риск минимизирован; - риск не минимизирован
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
Медицинская экспертиза; медицинское	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно

освидетельствование	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
Оформление медицинской документации	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствует

47. Результаты проверки заведующим отделением каждого случая оказания медицинской помощи отражаются в карте экспертной оценки качества медицинской помощи (Приложение 5). Результаты проверки ВК каждого случая оказания медицинской помощи регистрируются в журналах клинико-экспертной работы.

Учет результатов экспертизы качества медицинской помощи, проведенного ВК, осуществляется в соответствии с действующими нормативными правовыми документами Российской Федерации, органов управления здравоохранением Московской области и распорядительными документами ООО «Центр офтальмохирургии».

48. По результатам проверки каждого случая оказания медицинской помощи ответственные за проведение экспертизы кратко формулируют в журналах клинико-экспертной работы дефекты медицинской помощи.

Примерный перечень дефектов медицинской помощи приводится в классификаторе дефектов медицинской помощи (Приложение 2).

49. В случаях выявления дефектов медицинской помощи или некачественно оказанной медицинской помощи информация о результатах проведенной экспертизы качества медицинской помощи доводится до сведения медицинских работников, оказывавших медицинскую помощь в конкретном проверенном случае.

50. Ответственными за проведение контроля по результатам экспертизы качества медицинской помощи незамедлительно принимаются меры по недопущению повторения выявленных дефектов медицинской помощи в случаях, если принятие вышеназванных мер находится в пределах их полномочий. В иных случаях предложения доводятся до директора клиники.

51. Журналы клинико-экспертной работы хранятся в ООО «Центр офтальмохирургии» не менее 3 лет.

52. В случаях, требующих проведения детальной экспертной оценки (например, в случаях летальных исходов, ятрогенных осложнений, жалоб пациентов и других), результаты проведенной экспертизы качества медицинской помощи могут быть оформлены на отдельном листе, с регистрацией в журнале экспертизы качества медицинской помощи.

53. Учет результатов проведенной экспертизы качества медицинской помощи осуществляется в ООО «Центр офтальмохирургии» в форме отчетов ежеквартально и по итогам прошедшего года по клинике в целом.

54. Отчеты о проведенной экспертизе качества медицинской помощи содержат следующие сведения:

- 1) отчетный период;
- 2) объемы проведенной экспертизы качества медицинской помощи:
 - количество проверенных случаев;
 - количество проверенных случаев, из числа подлежащих экспертизе в обязательном порядке в % от числа случаев, подлежащих экспертизе в обязательном порядке;
 - объем проведенной экспертизы качества медицинской помощи в % от установленных минимальных объемов;
- 3) результаты проведенной экспертизы качества медицинской помощи:
 - количество случаев качественно оказанной медицинской помощи;
 - количество случаев качественно оказанной медицинской помощи, сопровождавшихся единичными дефектами медицинской помощи;
 - количество случаев некачественно оказанной медицинской помощи (в абсолютных цифрах и в % от количества проверенных случаев) - общее и в разрезе проверенных отделений (подразделений, должностей и Ф.И.О. медицинских работников);
 - количество выявленных дефектов медицинской помощи по их видам (структура дефектов): дефекты сбора жалоб или анамнеза; дефекты диагностических мероприятий;

дефекты оформления диагноза; дефекты лечебных мероприятий; дефекты профилактических мероприятий; дефекты медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования; дефекты оформления медицинской документации;

4) краткие сведения о мерах, принятых ответственным за проведение экспертизы по итогам проведенной экспертизы качества медицинской помощи;

5) предложения по итогам проведенной экспертизы качества медицинской помощи для руководителя ООО «Центр офтальмохирургии» (главного врача клиники);

6) Ф.И.О., должность, подпись ответственного за проведение экспертизы.

55. Отчеты о проведенной экспертизе качества медицинской помощи по организации здравоохранения в целом (или в разрезе подразделений) доводятся до директора клиники ежеквартально, до сведения медицинских работников клиники не реже, чем 1 раз в квартал.

56. Отчеты о проведенной экспертизе качества медицинской помощи по итогам прошедшего года хранятся в клинике не менее 3 лет.

57. Сведения о результатах проведенной экспертизы качества медицинской помощи предоставляются клиникой в контролирующие органы в установленном порядке.

58. По результатам проведенной экспертизы качества медицинской помощи в ООО «Центр офтальмохирургии» планируются и реализуются мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов медицинской помощи, на повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи:

организационные мероприятия - проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание приказов, инструкций, регламентов, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи и другие;

образовательные мероприятия - проведение клинических разборов, патологоанатомических конференций, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой (в том числе через Интернет) и другие;

дисциплинарные мероприятия - принятие дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями работников;

экономические мероприятия - применение материальных взысканий;

мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации организации здравоохранения;

мероприятия по совершенствованию укомплектованности организации здравоохранения медицинскими работниками.

59. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается главным врачом ООО «Центр офтальмохирургии» или работниками, назначенными приказом генерального директора клиники.

60. В целях обеспечения динамического контроля за результатами деятельности клиники, по итогам прошедшего квартала в клинике могут рассчитываться и анализироваться показатели для проведения мониторинга качества медицинской помощи, отражающие объемы, доступность, качество и эффективность оказываемой медицинской помощи.

Выбор конкретных показателей для проведения мониторинга качества медицинской помощи и порядок их анализа осуществляется главным врачом клиники.

61. По результатам анализа мониторинга показателей качества медицинской помощи, при отклонении показателей от целевых значений или при выявлении отрицательной динамики показателей в ООО «Центр офтальмохирургии» разрабатываются и проводятся мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших снижение качества, доступности или эффективности оказываемой медицинской помощи.

VI. Порядок предоставления платных медицинских услуг

62. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских

услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

63. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия заказчика, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

64. Исполнитель предоставляет заказчику по его требованию и в доступной для него форме информацию:

о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

65. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

VII. Ответственность исполнителя и контроль за предоставлением платных медицинских услуг

66. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

67. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»

Н.Н. Куканова
«01 » января 2023г.

**Правила
предоставления платных медицинских услуг
в ООО «Центр офтальмохирургии»**

1. Общие положения:

1.1. Правила предоставления платных медицинских услуг в ООО «Центр офтальмохирургии» (далее Правила) являются организационно-правовым документом, регламентирующим оказание пациентам платных медицинских услуг в клинике.

1.2. Настоящие Правила разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.3. Правила разработаны в целях реализации, предусмотренных законом прав пациента и создания наиболее благоприятных возможностей оказания пациенту своевременной медицинской помощи.

1.4. Правила размещаются для всеобщего ознакомления на информационных стендах, в информационных папках, а также на сайте клиники в сети «Интернет» www.sp-svetozar.ru

1.5. При обращении в клинику пациенты и посетители обязаны ознакомиться с настоящими Правилами.

2. Порядок предоставления платных медицинских услуг:

2.1. Организация предварительной записи пациентов на прием к врачам осуществляется при их непосредственном обращении к администратору по телефону 549-29-29, а также через сайт медицинской организации в сети «Интернет» www.sp-svetozar.ru.

2.2. Дату и время на плановый прием пациент выбирает из предложенных администратором свободных временных интервалов. При записи на плановый прием пациент обязан предоставить администратору номер контактного телефона для информирования пациента о непредвиденном изменении даты и времени приема.

2.3. Пациенты с неотложными состояниями записываются в день обращения к врачу на ближайшее свободное время. Врач оказывает необходимый объем помощи для снятия неотложного состояния. При необходимости долечивание осуществляется в порядке записи на плановый прием в регистратуре.

2.4. В случае опоздания или неявки на заранее назначенный прием пациент обязан предупредить об этом администратора удобным для него способом не менее чем за 24 часа.

2.5. В случае опоздания пациента на прием более чем на 15 минут, администратор имеет право перенести время приема на ближайшую свободную дату, а освободившееся время приема предложить другому пациенту.

2.6. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача и других чрезвычайных обстоятельств, администратор предупреждает об этом пациента при первой возможности по контактному телефону, указанному пациентом при записи на плановый прием, а при явке пациента переносит время приема на ближайшую свободную дату.

2.7. Пациенты, обратившиеся в регистратуру с целью планового обследования без предварительной записи на прием, могут быть приняты в день обращения только при наличии у врачей свободного времени в расписании. При отсутствии данного условия администратор имеет право назначить прием на другой день.

2.8. Для оформления необходимых медицинских документов на плановый прием пациент является в регистратуру не менее чем за 15 минут до назначенного времени.

2.9. При первичном обращении в регистратуру пациент обязан предоставить следующие документы:

- а) население, обслуживаемое за счет личных средств:
 - документ, удостоверяющий личность (паспорт);
- б) население, обслуживаемое по программам ОМС:
 - документ, удостоверяющий личность (паспорт);
 - страховой полис обязательного медицинского страхования (ОМС).

2.10. При повторных посещениях пациенты предъявляют документ удостоверяющий личность (паспорт), а при необходимости полис добровольного медицинского страхования (ДМС) и/или полис обязательного медицинского страхования (ОМС).

2.11. Пациент предоставляет все необходимые документы при первичном обращении в регистратуру для оформления медицинской карты пациента (далее Медицинская карта). Медицинская карта является собственностью медицинской организации и хранится в регистратуре. Медицинская карта на руки пациентам не выдается, а передается врачу в кабинет администратором. Самовольный вынос медицинской карты без письменного согласования с руководством медицинской организации не допускается.

2.12. При оформлении медицинской карты пациент заполняет согласие на обработку персональных данных и паспортную часть в информированных согласиях на медицинское вмешательство.

2.13. Пациент ожидает время приема в холле клиники. В кабинет проходит только по приглашению медицинской сестры.

2.14. При задержке планового приема врачом более 15 минут по объективным, не зависящим от лечащего врача обстоятельствам, ожидающему пациенту предлагается перенести время приема на другой день, лечение в назначенное время у другого свободного специалиста, либо лечение в назначенный день с отсрочкой приема на время задержки у своего лечащего врача.

2.15. В случае госпитализации пациента, он прибывает в клинику к 9-00, имея на руках необходимые результаты обследования, которые требуется провести по рекомендации врача на амбулаторном приеме в клинике.

2.16. С ценами на медицинские услуги, оказываемыми в клинике, пациенты могут познакомиться на сайте клиники и у администратора.

2.17. Медицинские услуги оказываются пациентам в клинике после заключения договора на оказание платных медицинских услуг и оформления титульного листа медицинской карты пациента (при оказании помощи по программе ОМС оформляется только титульный лист медицинской карты пациента). Договор с пациентом заключается в 2-х экземплярах с предоставлением одного из них пациенту.

2.18. Оплата медицинских услуг производится в кассу клиники за наличный расчет (возможна оплата по безналичному расчету при приеме по ДМС) с предоставлением пациенту чека об оплате.

3. Технология оказания платных медицинских услуг

3.1. Пациент сообщает лечащему врачу всю информацию, необходимую для постановки диагноза, проведения диагностических и лечебных мероприятий; информирует о принимаемых лекарственных средствах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях и противопоказаниях.

3.2. Пациентам, имеющим соматические заболевания (бронхиальная астма, гипертония, сахарный диабет, и др.) необходимо иметь при себе медикаменты, рекомендованные соответствующим лечащим врачом.

3.3. После разъяснения врача пациент подписывает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства. Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство является необходимым условием для начала оказания медицинской помощи.

3.4. Пациент обязан ознакомиться с рекомендованным планом лечения и при согласии с ним добросовестно его соблюдать.

3.5. При изменении состояния здоровья в процессе диагностики и лечения пациент немедленно информирует об этом лечащего врача.

3.6. Пациент не вправе вмешиваться в действия лечащего врача, осуществлять иные действия, способствующие нарушению оказания медицинской помощи.

3.7. Нахождение сопровождающих лиц в кабинете врача запрещается. В случаях несовершеннолетнего возраста или физической недееспособности пациента допускается нахождение сопровождающих лиц в кабинете врача только с разрешения лечащего врача и при условии выполнения всех его указаний.

3.8. Лечащий врач имеет право отказаться от наблюдения и лечения пациента в случаях несоблюдения пациентом настоящих Правил, а также, если это лечение не соответствует требованиям стандартов и технологий, может вызвать нежелательные последствия или в случае отсутствия медицинских показаний для желаемого пациентом вмешательства.

3.9. После операции пациент осматривается хирургом на следующий день после операции для решения вопроса о выписке.

4. Порядок разрешения конфликтов:

4.1. В случае возникновения конфликтных ситуаций пациент (или его законный представитель) имеет право непосредственно обратиться к главному врачу или генеральному директору клиники (согласно графика приема граждан).

4.2. При личном обращении пациент обязан предъявить документ удостоверяющий личность (паспорт). Содержание устного обращения заносится в журнал «Регистрации обращений пациентов».

4.3. При устном обращении, ответ на обращение с согласия заинтересованного лица может быть дан в устной форме в ходе личного приема. В остальных случаях дается письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов.

4.4. Пациент в своем письменном обращении в обязательном порядке указывает наименование учреждения, в которое направляет письменное обращение, фамилию, имя, отчество должностного лица, его должность, а также свои фамилию, имя, отчество (желательно полностью), почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ, уведомление о переадресации обращения, излагает суть предложения, заявления или жалобы, ставит личную подпись и дату.

4.5. Письменное обращение гражданина подлежит регистрации и рассмотрению в порядке, установленном законом. Регистрация письменных обращений производится в приёмной генерального директора клиники, расположенной по адресу г. Иваново, ул.

Смирнова, д. 42/2. Время приема: с 09.00 до 17.00. Прием граждан в клинике «СВЕТОЗАР», осуществляет главный врач клиники, по адресу: Московская область, Сергиево-Посадский г.о., г. Сергиев Посад , Московское ш., д. 5. Время приема: пн. с 14:00 до 16:00.

4.6. Письменное обращение рассматривается в течение 30 дней со дня его регистрации в порядке, установленном действующим законодательством.

4.7. Ответ на письменное обращение, поступившее в адрес администрации, направляется по почтовому адресу, указанному в обращении.

4.8. В случае если в обращении содержатся вопросы, решение которых не входит в компетенцию должностного лица, пациенту (или его доверенному лицу) дается разъяснение, куда и в каком порядке ему следует обратиться.

5. Ответственность за нарушение Правил:

5.1. Пациент несёт ответственность за последствия, связанные с отказом от медицинского вмешательства, за несоблюдение указаний (назначений и рекомендаций) медицинских работников, в том числе назначенного режима лечения, которые могут снизить качество медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

5.2. В случае нарушения пациентами и иными посетителями настоящих Правил, общественного порядка, сотрудники клиники вправе делать им соответствующие замечания, вызвать сотрудников полиции.

5.3. Воспрепятствование осуществлению процесса оказания медицинской помощи, неуважение к сотрудникам медицинской организации, другим пациентам и посетителям, нарушение общественного порядка в зданиях, служебных помещениях, на территории, причинение морального вреда персоналу, причинение вреда деловой репутации, а также материального ущерба ее имуществу, влечет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»

Н.Н. Куканова
«01 » января 2023г.

**Правила
поведения пациентов
в ООО «Центр офтальмохирургии»**

1. Пациентам и посетителям, в целях соблюдения общественного порядка, предупреждения и пресечения террористической деятельности, иных преступлений, соблюдения санитарно-эпидемиологического режима запрещается:

- проносить в помещения клиники огнестрельное, газовое и холодное оружие, ядовитые, радиоактивные, химические и взрывчатые вещества, спиртные напитки и иные предметы и средства, наличие которых у посетителя либо их применение (использование) может представлять угрозу для безопасности окружающих;
- иметь при себе крупногабаритные предметы (в т.ч. хозяйственные сумки, рюкзаки, вещевые мешки, чемоданы, корзины и т.п.);
- находиться в служебных помещениях медицинской организации без разрешения администрации клиники;
- употреблять пищу в коридорах, на лестничных маршах и других помещениях;
- курить на крыльце, лестничных площадках, в коридорах, кабинетах, холле и др. помещениях клиники;
- играть в азартные игры в помещениях и на территории клиники;
- громко разговаривать, в том числе по мобильному телефону, шуметь, хлопать дверями;
- оставлять малолетних детей без присмотра;
- выносить из помещений клиники документы, полученные для ознакомления;
- изымать какие-либо документы из медицинских карт, со стендов и из информационных папок;
- размещать в помещениях и на территории клиники объявления без разрешения администрации;
- производить фото- и видеосъемку без предварительного разрешения администрации;
- выполнять в помещениях клиники функции торговых агентов, представителей и находиться в помещениях клиники в иных коммерческих целях;
- находиться в помещениях клиники в верхней одежде и грязной обуви;
- оставлять без присмотра личные вещи в помещениях клиники;
- пользоваться служебным телефоном;
- приносить и употреблять спиртные напитки, наркотические и токсические средства;
- являться на прием к врачу в алкогольном, наркотическом и ином токсическом опьянении, в агрессивном поведении. В случае выявления указанных лиц они удаляются из помещений клиники сотрудниками правоохранительных органов;
- посещать клинику с домашними животными;
- производить подзарядку мобильных устройств от электрических сетей клиники;

- выражаться нецензурной бранью, вести себя некорректно по отношению к посетителям и сотрудникам медицинской организации, громко и вызывающе выражать явное недовольство услугами, обслуживанием. Все претензии излагаются пациентами только в письменной форме;

- пользоваться в кабинете врача мобильными устройствами (телефоны, планшеты, плееры). Рекомендуется отключить звук на мобильном устройстве;

- портить мебель и предметы интерьера.

2. Пациенты и посетители на территории и в помещениях клиники обязаны:

- находясь на лечении, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации;

- проявлять в общении с медицинскими работниками такт и уважение, быть выдержанным, доброжелательным;

- не предпринимать действий, способных нарушить права других пациентов и работников клиники;

- соблюдать установленный порядок деятельности клиники и нормы поведения в общественных местах;

- посещать подразделения клиники и медицинские кабинеты в соответствии с установленным графиком их работы;

- бережно относиться к имуществу, соблюдать чистоту и тишину в помещениях клиники;

- соблюдать санитарно-противоэпидемиологический режим (сбор пищевых и бытовых отходов производить в специально отведенное место; бахилы, салфетки после манипуляций сбрасывать в специальную ёмкость).

- при входе в клинику надевать на обувь бахилы или переобуваться в сменную обувь;

- верхнюю одежду оставлять в гардеробе;

- проявлять доброжелательное и вежливое отношение к другим пациентам, соблюдать очерёдность, пропускать лиц, имеющих право на внеочередное оказание медицинской помощи в соответствии с законодательством РФ;

- при наличии признаков тугоухости использовать в общении с медицинским персоналом исправный слуховой аппарат;

- соблюдать требования пожарной безопасности, при обнаружении источников пожара, иных угроз немедленно сообщить об этом сотрудникам клиники.

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»

Н.Н. Куканова
«01 » января 2023г.

ДОГОВОР
на оказание платных медицинских услуг № _____

Московская область, г.Сергиев Посад

«__» _____ 201__г.

ООО «Центр офтальмохирургии», именуемая в дальнейшем Исполнитель, в лице директора Кукановой Н.Н., действующего на основании Устава,
и гражданин (ка) _____,

(за недееспособного, ограниченно дееспособного, строку заполняют законные представители: мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель),

именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, при совместном наименовании «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. На основании медицинских показаний, а также желания Заказчика, Исполнитель в соответствии с Правилами предоставления платных медицинских услуг населению, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 предоставляет, а Заказчик оплачивает медицинские услуги (далее услуги).

1.2. Исполнитель обязуется оказывать Заказчику по его желанию на возмездной основе медицинские услуги, согласованные с Заказчиком и отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, в объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, сверх территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Перечень платных медицинских услуг и их стоимость, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, определен в Приложении к договору, являющемуся его неотъемлемой частью.

2. Порядок, сроки оказания услуг, их стоимость и порядок оплаты

2.1. Настоящий Договор носит разовый характер и заключен на срок оказания медицинской услуги.

2.2. Продление срока оказания услуг осуществляется по медицинским показаниям и оформляется дополнительным соглашением сторон к договору.

2.3. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в медицинской организации, предоставляющей платные медицинские услуги, и действующего на день оказания услуг. НДС не облагается.

2.4. Оплата производится на условиях 100 % авансового платежа в безналичном порядке на расчетный счет либо наличными деньгами в кассу Исполнителя. На руки Заказчику выдаются кассовые чеки, копии чеков и/или другой документ, подтверждающий прием Исполнителем наличных денег.

2.5. Исполнитель вправе принять в качестве расчета за оказанные медицинские услуги медицинскую страховку Заказчика на условиях и в порядке, предусмотренных Договором Исполнителя со страховой медицинской организацией и страховым полисом Заказчика по программе ДМС (добровольного медицинского страхования).

2.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика.

2.7. При уменьшении объема, стандарта оплаченных медицинских услуг в процессе их предоставления, в том числе и/или при отказе Заказчика от каких-либо услуг, производится перерасчет стоимости медицинской услуги на основании дополнительного соглашения сторон, заключенного в письменной форме, подписанного обеими сторонами.

2.8. Устранение недостатков, возникших из-за ненадлежащего качества оказания услуг либо предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика при внезапных заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы за счет Исполнителя.

2.9. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Заказчика, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3. Права и обязанности Исполнителя

3.1. Исполнитель имеет право:

- требовать от Заказчика выполнения всех предписаний, назначений, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.);

- в случае возникновения неотложных состояний, самостоятельно, по жизненным показаниям определять объем диагностических исследований, манипуляций, медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором без взимания платы.

- получать от Заказчика письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

3.2. Исполнитель обязан:

- оказать Заказчику медицинские услуги, согласно настоящему договору, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при невозможности определить в договоре условия об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

- предоставить Заказчику бесплатную, доступную и достоверную информацию о режиме работы, предоставляемых медицинских услугах с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения услуг, а также сведения о квалификации специалистов, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи и другие сведения, относящиеся к предмету договора.

- предоставить Заказчику по его требованию и в доступной для него форме информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения. Об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

- в отношении каждого Заказчика вести требуемую медицинскую документацию, после исполнения договора выдать Заказчику медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

- соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

4. Права и обязанности Заказчика

4.1. Заказчик имеет право:

- на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также на отказ от него. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Заказчиком и лечащим врачом.

- выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);

- получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме информацию о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения. Об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;

- требовать проведения консилиума или консультаций других специалистов.

4.2. Заказчик обязан:

- прибыть для получения услуги в назначенное Исполнителем время, информировать врача до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, кроме того, Заказчик обязуется не изымать из медицинской карты амбулаторного больного результаты обследований и прочую медицинскую документацию;

- без письменного согласия Исполнителя не выносить свою медицинскую карту за пределы лечебного учреждения, в противном случае Исполнитель не несет ответственности за сохранность и достоверность сведений, содержащихся в данной медицинской карте;

- точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя;

- своевременно оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг;

- при поступлении на лечение иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и медицинский полис (граждане СНГ и иностранные граждане принимаются на лечение только при наличии паспорта и миграционной карты);

- осуществлять прием всех препаратов и процедур, рекомендованных лечащим врачом Исполнителя и после выписки на амбулаторное долечивание;

- неукоснительно соблюдать правила лечебно-охранительного режима и внутреннего распорядка Исполнителя в течение всего периода пребывания в нем;

- возместить материальный ущерб, в случае порчи имущества Исполнителя.

5. Ответственность сторон и порядок рассмотрения споров

5.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров, при необходимости с проведением независимой экспертизы, в случае недостижения согласия сторонами, согласно законодательству Российской Федерации.

6. Срок действия договора и порядок расторжения договора

6.1. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до выполнения сторонами своих обязательств.

7. Особые условия

7.1. Заказчик информирован до подписания настоящего договора, что при имеющемся у него заболевании ему может быть оказана медицинская помощь бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Московской области _____.

7.2. Заказчик, при подписании настоящего договора, ознакомлен с правилами лечебно-охранительного режима, внутреннего распорядка Исполнителя, с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, с условиями их предоставления, ценой.

7.3. Заказчик, до подписания настоящего договора, уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника Исполнителя, 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 Заказчика.

7.4. До подписания настоящего Договора Заказчик ознакомлен с прейскурантом цен. По медицинским показаниям и/или с согласия Заказчика ему могут быть оказаны и иные услуги, объем, перечень и стоимость которых согласовывается с Заказчиком.

8. Прочие условия

8.1. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

8.2. Договор составлен в 2-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика. Все экземпляры договора имеют равную силу.

9. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель:

ООО «Центр офтальмохирургии»

Адрес: 141304, Московская область, Сергиево-посадский г.о. г. Сергиев Посад, Московское ш., д. 5, т.8(496)549-29-29.

Банковские реквизиты: ИНН/КПП 5042119960/504201001

р/счет 40702810900000003101 в АО КБ «Иваново» к/счет 3010181000000000705

Свидетельство о внесении юридического лица в Единый государственный реестр юридических лиц (ЕГРЮЛ):

серия ЛО №50-012624491 ЕГРЮЛ 1115042004868

Лицензия на осуществление медицинской деятельности: ЛО-50-01-003713 от 12.09.2012г.

Наименование работ и услуг в соответствии с Приложением № 1 от 12.09.2012г. к лицензии ЛО-50-01-003713 от 12.09.2012г.

При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: медицинским осмотрам (предрейсовым , послерейсовым), операционному делу, сестринскому делу. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи. В том числе: а) при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: контролю качества медицинской помощи, общественному здоровью и организации здравоохранения, оториноларингологии, офтальмологии, терапии, функциональной диагностике, ультразвуковой диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности; в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: оториноларингологии, офтальмологии, терапии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности. При осуществлении стационарной медицинской помощи, в том числе: а) при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: анестезиологии и реаниматологии, контролю качества медицинской помощи, общественному здоровью и организации здравоохранения, офтальмологии, терапии, функциональной диагностике, ультразвуковой диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности; в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: анестезиологии и реаниматологии, контролю качества медицинской помощи, общественному здоровью и организации здравоохранения, офтальмологии, экспертизе временной нетрудоспособности.

Заказчик:

(Ф.И.О., адрес места жительства, телефон)

11. Подписи Сторон

Исполнитель:

Генеральный директор ООО «Центр офтальмохирургии»

Заказчик:

Н.Н. Куканова

()

М.П.

Приложение № 1 к настоящему договору

№ п/п	Наименование услуги	К-во услуг	Цена, руб.коп.	Сумма, руб.коп.	ФИО исполнителя
1.					
2.					
3.					

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»

Н.Н. Куканова
«01 » января 2023г.

ДОГОВОР N ____
об оказании медицинских услуг несовершеннолетнему пациенту

Московская область, г. Сергиев Посад

" ____ " _____ г.

ООО «Центр офтальмохирургии», далее именуемое «Клиника», в лице генерального директора Кукановой Н.Н., действующего на основании Устава, с одной стороны, и законный представитель _____ (паспорт серии _____ номер _____), выдан _____
(кем и когда)

несовершеннолетнего пациента _____, далее именуемый «Представитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Клиника обязуется провести качественное обследование и лечение несовершеннолетнего пациента в возрасте ____ лет с представления письменного согласия его законных Представителей - родителей, а законные Представители обязуются оплатить Клинике стоимость оказанных услуг.

1.2. Данные о несовершеннолетнем пациенте:

Ф.И.О. _____
Возраст _____
Паспортные данные _____
Место жительства _____

2. ЦЕНА ДОГОВОРА

2.1. Стоимость услуг определяется в соответствии с Приложением N 1 к настоящему договору, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

3. УСЛОВИЯ ОПЛАТЫ

3.1. По желанию Представителя несовершеннолетнего пациента, действующего в интересах пациента, стоимость оказанных Клиникой услуг может оплатить либо сам Представитель, либо страховая компания пациента, либо третье заинтересованное физическое или юридическое лицо на основании документа, выписанного Клиникой.

3.2. По желанию Представителя несовершеннолетнего пациента возможна оплата каждой медицинской услуги отдельно непосредственно перед ее оказанием.

3.3. Оказание медицинских услуг осуществляется только после поступления денег в кассу или на расчетный счет Клиники.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Клиника обязуется:

- Провести лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с утвержденным перечнем предоставляемых услуг при условии, оговоренном в п. 1.1 настоящего договора.
- Выдать заключение с указанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий; при необходимости выдать заключение ведущего специалиста.
- Проводить динамическое наблюдение несовершеннолетнего пациента в течение периода реабилитации.

4.2. Клиника вправе:

- Отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий в случае невыполнения Представителями несовершеннолетнего пациента требований лечащего врача.

- При выявлении у несовершеннолетнего пациента противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий отказать Представителю несовершеннолетнего пациента в проведении лечебно-диагностических мероприятий пациента.

4.3. Представитель пациента обязуется:

- Ознакомиться и подписать все необходимые документы о добровольном согласии на проведение лечебно-диагностических мероприятий у несовершеннолетнего пациента.
- Выполнять все медицинские рекомендации лечащего врача.

4.4. Представитель пациента вправе:

- выбрать лечащего врача из штата Клиники;
- поменять лечащего врача в процессе лечебно-диагностических мероприятий;
- получать заключения с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. В случае невыполнения представителем рекомендаций и требований лечащего врача Клиники вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке.

5.2. В случае ненадлежащего исполнения договора одной из сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству Российской Федерации.

5.3. Сторона, считающая, что ее права по настоящему договору нарушены, вправе направить другой стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в срок до 10 дней с момента получения. В случае неполучения ответа сторона, пославшая претензию, может обратиться в суд за защитой своих прав.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного и надлежащего исполнения сторонами всех его условий.

6.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой стороны. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

6.3. Все вопросы, не урегулированные настоящим договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

Клиника: _____

Представитель пациента: _____

Клиника: _____ Представитель пациента: _____)
М.П.

Приложение № 1 к настоящему договору

№ п/п	Наименование услуги	К-во услуг	Цена, руб.коп.	Сумма, руб.коп.	ФИО исполнителя
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»

Н.Н. Куканова
«01 » января 2023г.

ООО «Центр офтальмохирургии»

141304, Московская область, Сергиево-Посадский г.о., г. Сергиев Посад, Московское ш., д. 5, тел.: 8(496)549-29-29

Приложение к договору № _____ от « _____ » _____ 20__ года

Информированное согласие пациента на диагностику и лечение

1. Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

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 № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в ООО «Центр офтальмохирургии» медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. 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 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724, 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 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)

(Ф.И.О. гражданина,

контактный телефон)

2. Я обязуюсь предоставить перед лечением полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, о принимаемых мною медикаментах, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенном ранее обследовании (лечении), об имеющихся аллергических и других индивидуальных реакциях и особенностях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых услуг.

3. Я проинформирован (а), что мне для диагностики и лечения может понадобиться проведение поверхностной местной анестезии. Местная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная анестезия проводится путем орошения слизистой оболочки анестетиком с целью обеспечения эффекта обезболивания. Последствиями отказа от данной манипуляции могут быть: невозможность выполнения медицинского вмешательства, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений. Местная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания.

4. Мне разъяснено, что применение поверхностной местной анестезии, а также лекарственных средств с диагностической и лечебной целью, может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты различной степени тяжести.

5. После проведенного обследования мне рекомендовано лечение _____

6. Я получил (а) необходимые разъяснения относительно данного заболевания, предложенного мне объема лечения и возможных его результатах, а также рекомендации о соблюдении режима во время и после него, которые обязуюсь выполнять.

Мне даны подробные разъяснения по поводу того, что:

- несмотря на соблюдение технологии, нельзя исключить возможность осложнений при проведении диагностических и лечебных мероприятий, связанных с факторами риска, как со стороны обследуемого органа или системы, так и с факторами риска общих заболеваний (например, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, заболевания сетчатки и другие), а также употреблением алкоголя, курением и др.

- наличие факторов риска, может в ходе проведения лечения, изменить ранее намеченный план лечения (увеличить сроки лечения, потребовать дополнительных этапов лечения и др.).

- несоблюдение рекомендаций врача, режима приема медикаментов, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Меня предупредили:

- о необходимости соблюдения режима, регулярного приема препаратов и выполнения процедур, назначенных врачом;

- об обязательном согласовании с врачом приема любых препаратов и выполнения процедур, назначенных врачом;

- об обязательном сообщении врачу о любом ухудшении моего состояния здоровья.

7. Я доверяю врачу принять соответствующее профессиональное решение и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения моего состояния и (или) уменьшения риска осложнения.

8. Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы по поводу моего заболевания, его диагностики, методов и прогнозе лечения.

Я получил (а) на них удовлетворительные ответы.

9. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено врачом и полностью мною понято. На основании предоставленной врачом информации, я согласен (согласна) на проведение предложенного мне лечения. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие пациента на диагностику и лечение, что и удостоверяю своей подписью.

Пациент (законный представитель) _____

Врач _____

Дата « _____ » _____ 20__ года

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»

Н.Н. Куканова
«01» января 2023г.

Учитывая наличие _____
пациенту показана _____ в плановом порядке.

**Информированное добровольное согласие пациента
на медицинское вмешательство (проведение операции на органах зрения)**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
паспорт: _____,
выдан: _____,
зарегистрированный(ая) по адресу _____
даю согласие на проведение операции (медицинского вмешательства) _____.

в соответствии с результатами обследования в ООО «Центр офтальмохирургии» (в соответствии ст. 20 Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

1. Мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных нарушениях моего здоровья.

2. Мне разъяснено, что во время операции могут возникнуть обстоятельства, требующие изменения предложенного объема вмешательства или вида оперативного лечения, что дает право хирургу поступать в соответствии с принятыми в подобной ситуации методиками.

Я был(а) предупрежден(а), что во время операции и в послеоперационном периоде могут иметь место различные осложнения, такие как постановка переднекамерной линзы, наложение швов на роговицу, повышение внутриглазного давления; внутриглазное кровоизлияние, внутриглазное воспаление, нарушение кровообращения в сосудах сетчатки и зрительного нерва.

3. Я извещен(а) о том, что все вышеперечисленное может привести к снижению и даже потере зрения в послеоперационном периоде, мне разъяснено, что в связи с этим может потребоваться дополнительное хирургическое лечение.

4. Я проинформирован (а), что мне для производства операции понадобится проведение инъекционной местной анестезии. Местная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Последствиями отказа от данной манипуляции могут быть: невозможность выполнения медицинского вмешательства, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Местная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также к временному ощущению припухлости этой области.

5. Мне разъяснено, что применение инъекционной местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты различной степени тяжести обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями.

6. Я имел(а) возможность задать любые вопросы касательно моего заболевания, способов лечения, возможных осложнений, исходов операции и получил(а) на них понятные ответы.

7. Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении.

8. Я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

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

10. Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на проведение операции с применением местной инъекционной анестезии.

Дополнительная информация: _____

« _____ » _____ 20 _____ года.

Подпись пациента _____

Подпись законного представителя пациента _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)

(должность, И.О., Фамилия)

« _____ » _____ 20 _____ года.

Учитывая наличие _____
пациенту показана _____ в плановом порядке.

**Информированное добровольное согласие пациента
на медицинское вмешательство (проведение операции на ЛОР-органах)**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
паспорт: _____,
выдан: _____,
зарегистрированный(ая) по адресу _____,
даю согласие на проведение операции (медицинского вмешательства) _____.

в соответствии с результатами обследования в ООО «Центр офтальмохирургии» (в соответствии ст. 20 Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

1. Мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных нарушениях моего здоровья.

2. Мне разъяснено, что во время операции могут возникнуть обстоятельства, требующие изменения предложенного объема вмешательства или вида оперативного лечения, что дает право хирургу поступать в соответствии с принятыми в подобной ситуации методиками.

Я был(а) предупрежден(а), что во время операции и в послеоперационном периоде могут иметь место различные осложнения, такие как кровотечение, перфорация перегородки носа с последующей установкой передней и задней тампонады носа.

3. Я имел(а) возможность задать любые вопросы касательно моего заболевания, способов лечения, возможных осложнений, исходов операции и получил(а) на них понятные ответы.

4. Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении.

5. Я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

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

7. Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на проведение операции.

Дополнительная информация: _____

« _____ » _____ 20 _____ года.

Подпись пациента _____

Подпись законного представителя пациента _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)

(должность, И.О., Фамилия)

« _____ » _____ 20 _____ года.

Учитывая наличие _____

пациенту показано оперативное лечение (медицинское вмешательство) с использованием анестезиологического пособия.

**Информированное добровольное согласие пациента
на анестезиологическое пособие**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

паспорт: _____,

выдан: _____,

зарегистрированный(ая) по адресу _____

даю согласие на проведение операции (медицинского вмешательства) _____

с использованием анестезиологического пособия _____

в соответствии с результатами обследования в ООО «Центр офтальмохирургии» (в соответствии ст. 20 Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

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

Я информирован, что во время операции может возникнуть необходимость переливания крови и ее компонентов, и даю на это согласие.

Я подтверждаю, что имелась возможность обсудить процедуру обезболивания с врачом анестезиологом-реаниматологом и что мне были даны исчерпывающие ответы по всем интересующим меня вопросам, связанным с анестезиологическим обеспечением.

Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма вплоть до остановки сердца, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже летального исхода.

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, и мною поняты и добровольно даю согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

Пациент _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Законный представитель пациента _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Врач анестезиолог-реаниматолог _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Учитывая наличие _____

пациенту показано оперативное лечение (медицинское вмешательство) с применением местной (проводниковой) анестезии.

**Информированное добровольное согласие
на применение местной (проводниковой) анестезии**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

паспорт: _____,

выдан: _____,

зарегистрированный(ая) по адресу _____

даю согласие на проведение операции (медицинского вмешательства) _____

с использованием местной (проводниковой) _____

в соответствии с результатами обследования в ООО «Центр офтальмохирургии» (в соответствии ст. 20 Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной операции могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области.

Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я проинформирован (а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений.

При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения. Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

Я подтверждаю, что назвал(а) врачу, проводящему местную анестезию, все известные имеющиеся у меня болезни, недуги, состояния. Я подтверждаю, что добровольно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья. При проведении местной инъекционной анестезии результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Настоящий документ является неотъемлемой частью медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение мне местной (проводниковой) анестезии.

Подпись пациента _____

Подпись
и специальность врача _____

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»

Н.Н. Куканова
«01» января 2023г.

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____ (Ф.И.О. полностью), в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Центр офтальмохирургии» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, 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 Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, 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 посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), а также при оказании платных медицинских услуг.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств при оказании платных медицинских услуг и по работе в системе ОМС (по договору _____ ДМС...) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____ (название) [и территориальным фондом ОМС] с использованием машинных носителей или по 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 первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ (дата) и действует 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 под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»

Н.Н. Куканова
«01» января 2023г.

ИНСТРУКЦИЯ
по порядку заключения договора на оказание медицинских услуг
в ООО «Центр офтальмохирургии»

1. Настоящая Инструкция разработана во исполнение Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг".

2. Настоящая Инструкция обязательна для исполнения всеми должностными лицами, участвующими в процедуре заключения договоров на оказание медицинских услуг в ООО «Центр офтальмохирургии».

3. Основным условием заключения договора на оказание медицинских услуг является:

3.1. информирование потребителей (заказчиков) о наименовании юридического лица, адресе места нахождения юридического лица, данных документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию, сведениях о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа), перечне платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведениях об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, сведениях о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, режиме работы медицинской организации, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, адресах и телефонах органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. (Вышеуказанная информация в доступной форме размещена на общедоступных стендах, расположенных в ООО «Центр офтальмохирургии», на сайте;

3.2. информирование потребителя (заказчика) о правах пациента, предоставленных ему в соответствии с федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, законом РФ «О защите прав потребителей» № 2300-1 от 07.02.1992";

3.3. уведомление потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, 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 потребителя

Результатом информирования, уведомления потребителя (заказчика) является подписание потребителем (заказчиком) Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство по утвержденной форме, являющейся Приложением 1 к настоящей инструкции.

3.4. Ознакомление потребителя (заказчика) с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ и по результатам ознакомления получение письменного согласия потребителя (заказчика) на обработку персональных данных по утвержденной форме, являющейся Приложением 2 к настоящей инструкции.

3.5. Предъявление потребителем (заказчиком) паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, для законного представителя предъявление документов, удостоверяющих права данного лица, как законного представителя.

Для заключения договора необходимо предоставление следующих сведений:

- фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя);
- фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица.

4. Договор на оказание медицинских услуг может заключаться в отношении следующих категорий физических лиц:

- 1) совершеннолетних граждан;
- 2) несовершеннолетних граждан от 14 до 18 лет;
- 3) несовершеннолетних граждан до 14 лет или граждан, лишенных дееспособности.

4.1. В случае обращения за оказанием медицинской помощи совершеннолетнего гражданина, т.е. гражданина достигшего 18-летнего возраста в преамбуле в графе «Заказчик» указывается фамилия, имя, отчество данного гражданина, в графе «действующего от имени и в интересах _____ (в дальнейшем именуемый «Потребитель»)), делается отметка «самого себя». В разделе «Реквизиты и подписи сторон» указываются паспортные данные гражданина. Ставится подпись гражданина.

4.2. В случае обращения за оказанием медицинской помощи несовершеннолетнего гражданина в возрасте от 14 до 18 лет:

4.2.1. Несовершеннолетние граждане в возрасте от 16 до 18 лет объявленные полностью дееспособными, если таковое решение было принято органом опеки и попечительства или по решению суда. В данном случае договор заключается непосредственно с данным лицом в порядке указанном для заключения договора с совершеннолетним гражданином, достигшим 18-летнего возраста. Помимо паспортных данных в данном случае указываются реквизиты решения органа опеки и попечительства или суда, которым гражданин объявлен полностью дееспособным.

4.2.2. Несовершеннолетние граждане в возрасте от 14 до 18 лет, заявившие о своем праве заключить договор самостоятельно, вправе заключить такой договор только с **письменного согласия родителей**.

В данном случае в преамбуле договора в графе «Заказчик» указывается фамилия, имя и отчество несовершеннолетнего гражданина, в графе «действующего от имени и в интересах _____ (в дальнейшем именуемый «Потребитель»)), делается отметка «самого себя». В разделе «Реквизиты и подписи сторон» указываются паспортные данные гражданина (при отсутствии паспорта данные свидетельства о рождении). Ставится подпись гражданина в графе «Несовершеннолетний от 14 до 18 лет, с согласия представителей».

К договору прикладывается письменное согласие законного представителя с указанием следующих данных:

- фамилия, имя и отчество законного представителя;
- сведения о том, кем приходится представитель несовершеннолетнему (родитель, усыновитель, попечитель);
- данные документа, удостоверяющего право представительства (только для попечителя) либо указывается «на основании данных паспорта».
- паспортные данные законного представителя.
- ставится подпись законного представителя.

4.2.3. Несовершеннолетние граждане в возрасте от 14 до 18 лет, не заявившие о своем праве заключить договор самостоятельно.

В данном случае в преамбуле договора в графе «Заказчик» указывается фамилия, имя и отчество законного представителя, в графе «действующего от имени и в интересах _____ (в дальнейшем именуемый «Потребитель»)) ставятся фамилия, имя и отчество несовершеннолетнего гражданина.

В разделе «Реквизиты и подписи сторон»

В разделе «Заказчик» указываются данные и ставится подпись законного представителя, в разделе «Потребитель» указываются данные несовершеннолетнего гражданина.

Несовершеннолетний пациент знакомится с содержанием договора и удостоверяет его с согласия законным представителей в графе «Несовершеннолетний от 14 до 18 лет, с согласия представителей».

4.3. В случае необходимости оказания медицинской помощи несовершеннолетнему гражданину в возрасте до 14 лет либо совершеннолетнему гражданину, лишенному на основании решения суда дееспособности договор заключается с законным представителем данного гражданина.

В данном случае в преамбуле договора в графе «Заказчик» указывается фамилия, имя и отчество законного представителя, в графе «действующего от имени и в интересах _____ (в дальнейшем именуемый «Потребитель»)» ставятся фамилия, имя и отчество несовершеннолетнего гражданина.

В разделе «Заказчик» указываются данные и ставится подпись законного представителя, в разделе «Потребитель» указываются данные несовершеннолетнего гражданина.

4.4. Законными представителями во 2 и 3 случаях могут быть родители, усыновители или попечители. Полномочия родителей и усыновителей проверяются по данным паспорта и свидетельства о рождении ребенка, полномочия попечителей – по удостоверению попечителя. Единой установленной формы удостоверения не существует, главное – в удостоверении должны содержаться сведения о факте установления попечительства с указанием попечителя и находящегося на попечительстве. Если удостоверение отсутствует, должно быть соответствующее разрешение органов опеки и попечительства.

4.5. Во всех перечисленных случаях возможно заключение договора на оказание медицинских услуг с оплатой третьими лицами. Возможно заключение данных договоров в случае оплаты родителями медицинских услуг пациентам, достигшим 18 летнего возраста – учащимся/студентам, но не имеющим самостоятельных доходов, в случае оплаты медицинских услуг престарелым родителям и т.д. при желании клиента.

В данном случае, договоры заключаются по вышеуказанным правилам, но в преамбуле в графе «Заказчик» указывается фамилия, имя и отчество совершеннолетнего гражданина, намеревающегося заключить договор и оплатить услуги, в графе «действующего от имени и в интересах _____ (в дальнейшем именуемый «Потребитель»)» указывается лицо, в отношении которого заключается договор, в разделе «Реквизиты и подписи сторон» в разделе «Заказчик» указываются данные и ставится подпись заказчика, в разделе «Потребитель» указываются данные и ставится подпись лица в отношении, которого заключается договор.

5. В случае если физическое лицо намеревается получить единичную услугу – **первичный прием (осмотр, консультация) любого врача – специалиста**, с данным физическим лицом заключается договор по типовой форме на оказание услуг при лечении по утвержденной форме, являющейся Приложением к настоящей инструкции. При необходимости оказания в рамках данного приема дополнительных услуг, врач-специалист предварительно согласовывает с Потребителем, а в случае, если Заказчик и Потребитель не совпадают, то и с Заказчиком, и с Потребителем необходимость оказания дополнительной услуги и ее цену и при условии получения письменного согласия, оказывают услугу.

6. Договор составляется по количеству участников договора.

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»

Н.Н. Куканова
«01» января 2023г.

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

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

«__» _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо 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 № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в _____ ООО «Центр офтальмохирургии» _____
(полное наименование медицинской организации)

медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. 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 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724, 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 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)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

«__» _____ 20__
(дата оформления)

СПИСОК ЛИЦ, ДОПУЩЕННЫХ К ОКАЗАНИЮ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ООО «ЦЕНТР ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ»

№ п/п	ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО	ДОЛЖНОСТЬ	Сведения об учебном заведении		Специальность по диплому	СЕРТИФИКАТ				Повышение квалификации		Специальность в настоящее время Квалификационная категория
			Учебное заведение	Дата окончания		Серия	Номер	Специальность	Дата выдачи и продление сертификата специалиста за последние 5 лет	Специальность	Дата повышения квалификации за последние 5 лет	
1	НАЗАРЕНКО ГЕОРГИЙ БОРИСОВИЧ	Врач-офтальмолог	ММСИ им. Семашко	29.06.1987	Лечебное дело	017718 0291	62	офтальмология	30.10.2015	Общая офтальмология	30.10.2015	Общая офтальмология
2	КАРЕЛИНА ЛИЛИЯ ЮРЬЕВНА	Врач-офтальмолог Лазерный хирург	РГМУ	29.06.1993	Педиатрия	017718 064452 4	1097	офтальмология	27.03.2018	Общая офтальмология	27.03.2018	Общая офтальмология
3	ВОРОБЬЕВА ОЛЬГА ВЛАДИМИРОВНА	Врач-офтальмолог Лазерный хирург	ИГМА	21.06.2012	Лечебное дело		01372403 27352	офтальмология	07.12.2018	Офтальмология Лазерная хирургия и введение в флюоресцентную ангиографию	13.11.2018- 07.12.2018 30.09.2019- 11.10.2019	офтальмология
4	ГРАЧЕВ ДМИТРИЙ КИМОВИЧ	Главный врач Врач-терапевт	КМИ	21.06.1988	Лечебное дело		017704 0027840 01621803 72257	Терапия Организация здравоохранения и общественное здоровье	10.04.2020 14.04.2020	Терапия Организация здравоохранения и общественное здоровье	16.03.2020- 10.04.2020 20.03.2020- 13.04.2020	Терапия Организация здравоохранения и общественное здоровье
5	КУТИН ГЕОРГИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ	Врач анестезиолог-реаниматолог	Ленинградский педиатрический медицинский институт	24.06.1969	Педиатрия		11771810 35999	Анестезиология и реаниматология	26.10.2020	Анестезиология и реаниматология	30.09.2020- 26.10.2020	Анестезиология и реаниматология
6	ПЛАКСИНА НАДЕЖДА ВЛАДИМИРОВНА	Офтальмолог, лазерный хирург	ИВГМА	27.06.2003	Лечебное дело	А	2453730	офтальмология	07.12.2018	«Лазерные методы лечения в офтальмологии» Офтальмология	22.02.2008 14.11.2018- 07.12.2018	офтальмология
7	КАЛУЦКОВА НАДЕЖДА АНДРЕЕВНА	Офтальмохирург	ИГМА	30.06.1989	Лечебное дело		03772400 88147	офтальмология	02.07.2018	офтальмология	02.07.2018	офтальмология
8	Шарапудинов Расул Муслимович	Врач-офтальмолог	МГМСУ им. Евдокимова	2013-2022	Лечебное дело			офтальмология				офтальмология
9	Позднеев Антон Валерьевич	Врач - офтальмолог	Моники им.М.Ф Владимирского ПМГМУ им. И.М.Сеченова	2017-2019 2017-2021	Лечебное дело			офтальмология				офтальмология

10	Абакаров Сапиюлла Анварович	Офтальмохирург	РУДН Моники М.Ф. Влвдимирского	2017-2023	Лечебное дело			офтальмология				офтальмология
11	Найденов Сергей Александрович	Офтальмохирург	Ивановская Государственная медицинская академия		Лечебное дело			офтальмология				офтальмология
12	Найденова Наталья Александровна	Врач- офтальмолог Рефракционный лазерный хирург	Ивановская Государственная медицинская академия		Лечебное дело			офтальмология				офтальмология
13	ЗВЯГИНЦЕВА АКСАНА ВЛАДИМИРОВНА	Старшая Медицинская сестра	Сергиево- Посадское Медицинское училище	01.07.1996	Сестринское дело		08372410 76715	Операционное дело	25.11.2016	Сестринское операционное дело	25.09.- 25.11.2016	Сестринское операционное дело
14	ВАСИЛЬЕВА НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА	Медицинская сестра	Мытищинское Муниципальное Медицинское училище	28.06.2001	Сестринское дело	А	4577045	Сестринское дело	16.06.2017	Сестринское дело в хирургии	17.04.2017- 16.06.2017	Сестринское дело
15	ЛАКЕЕВА ОКСАНА СЕРГЕЕВНА	Медицинская сестра	ГБЗУ МО Моники им. М.Ф. Владимирского	27.05.2019	Сестринское дело		05502700 15772	Сестринское дело	28.05.2019			Сестринское дело
16	ЯШНЕВА ИРИНА ВЛАДИМИРОВНА	Медицинская сестра	Ташкентское городское медицинское училище им. П.Ф.Боровского	31.12.1991	Медицинская сестра					Сестринское дело	01.03.2021- 26.05.2021	Сестринское дело
17	ЯКОВЕНКО ЮЛИЯ ВЛАДИМИРОВНА	Медицинская сестра	Луганское медицинское училище	06.07.1999	Сестринское дело		11622429 72542	Сестринское дело	13.11.2020	Сестринское дело	01.09.2020- 13.11.2020	Сестринское дело