



Положение

о порядке и условиях оказания поликлинических услуг

1. Настоящее положение разработано в целях организации процесса оказания поликлинических услуг и основано на нормах действующего законодательства Российской Федерации. Настоящее положение является частью Договора оказания поликлинических услуг, носит характер публичного договора по оказанию поликлинических услуг и является обязательным для исполнения как посетителями (Пациентами), так и сотрудниками Клиники (Исполнителя). Действие настоящего Положения распространяется на Договоры оказания поликлинических услуг, заключаемые с Пациентом/законным представителем Пациента (родители, усыновители, опекуны, попечители) и иными лицами, с надлежаще оформленными полномочиями для оказания поликлинических услуг Пациентам, не достигшим возраста 18 лет.

2. Для целей настоящего Положения применяются следующие термины:

- **медицинская помощь** — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;
- **медицинская услуга** — медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;
- **платные медицинские услуги** — медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;
- **медицинское вмешательство** — выполняемые медицинским работником по отношению к Пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность, виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций;
- **лечение** — комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания либо состояний Пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни;
- **исполнитель** — Индивидуальный Предприниматель Сердюк Татьяна Игоревна
- **пациент** — физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи, независимо от наличия у него заболевания и от его состояния;
- **законный представитель пациента (несовершеннолетнего лица)** — родители, усыновители, опекуны, попечители несовершеннолетнего, а также органы опеки и попечительства организации, в которых под надзором находятся недееспособные граждане;

медицинский работник - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности;

лечащий врач - врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию Пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

Раздел I. «Документация»

1.1. До начала приема администратором в регистратуре оформляется Договор оказания поликлинических услуг и медицинская карта Пациента, которая будет находиться у лечащего врача во время лечения, а затем будет храниться в Клинике.

При оказании Пациенту определенных услуг, устанавливаемых Клиникой, необходимо заключение отдельного договора или дополнительного соглашения к договору оказания поликлинических услуг.

1.2. Перед началом лечения Пациент/представитель Пациента должен:

1.2.1. Ознакомиться с уведомлением о несоблюдении указаний (рекомендаций) медицинских работников Исполнителя в соответствии с требованиями Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006"

1.2.2. До заключения Договора оказания поликлинических услуг ознакомиться со стоимостью услуг Исполнителя. Стоимость медицинских услуг (лечебных, профилактических) может изменяться в процессе лечения. При этом изменению подлежит только стоимость последующих услуг, стоимость ранее оплаченных услуг изменению не подлежит.

1.2.3. Заключить Договор оказания поликлинических услуг с Исполнителем;

1.2.4. Произвести оплату за услуги Исполнителя, за получением которых он обратился. Оплата услуг Исполнителя в ИП Сердюк Татьяна Игоревна по адресу: г. Бор, ул. Луначарского, д.15 производится Пациентом (представителем Пациента) на условиях предварительной оплаты непосредственно в день их оказания путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя либо безналичным путем с использованием банковской карты по расценкам действующего прейскуранта, с которым представитель Пациента обязан ознакомиться перед началом лечения (консультации, исследования, иных медицинских манипуляций).

1.2.5. Сообщить лечащему врачу информацию о состоянии здоровья, а также обо всех изменениях в состоянии его здоровья в процессе лечения: о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах; о проведенных ранее обследованиях и лечении; об аллергических реакциях, индивидуальных реакциях на лекарственные препараты; о фактах переливания крови и ее компонентов; сообщить точную информацию об особенностях организма Пациента, о наличии сопутствующих хронических и перенесенных заболеваниях, а также аллергических реакциях на пищевые продукты; об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

1.2.6. В письменной форме дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в письменной или устной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи

1.3. Исполнитель обязуется ставить в известность Пациента (законного представителя Пациента) о возникших в процессе лечения и/или в процессе оперативного вмешательства обстоятельствах, которые могут привести к расширению, увеличению, изменению объема оказываемых услуг и возможным осложнениям, а также к изменению или отказу от запланированного лечения, в том числе о необходимости проведения дополнительных

исследований, а Пациент выражает свое согласие путем подписания письменного соглашения.

Раздел II. «Порядок оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство»

2.1. В силу ст. 20 Федерального закона 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **необходимым предварительным условием** медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство, на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Только после добровольного оформления Пациентом/представителем Пациента информированного согласия, врач приступает к оказанию медицинской помощи.

2.2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дается гражданином (Пациентом) либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в пункте 2.2. настоящего Положения.

2.3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства дает один из родителей или иной законный представитель ребенка в отношении лица, не достигшего возраста 15 (пятнадцати) лет, либо лица, больного наркоманией и не достигшего возраста 16 (шестнадцати) лет, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

2.4. Лицо, достигшее возраста **15 (пятнадцати) лет**, либо лицо, больное наркоманией и достигшее возраста 16 (шестнадцати) лет, имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него.

2.5. На первичной консультации врач либо иной медицинский работник до начала оказания медицинских услуг предоставляет Пациенту/представителю Пациента возможность ознакомиться с информированным согласием, а так же разъясняет в доступной форме полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах предстоящего медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, расшифровывает медицинские термины на доступный язык.

2.6. Информированное добровольное согласие оформляется в письменном виде в одном экземпляре по установленной форме, подписывается Пациентом/представителем Пациента, а также медицинским работником, оформившим такое согласие, и подшивается в медицинскую документацию Пациента.

2.7. Лечащий врач вписывает (дописывает) необходимые сведения в соответствующее поле (например, «диагноз», «возможные альтернативные варианты») и др., в необходимых местах вычеркивает ненужное.

2.8. При ознакомлении с информированным согласием, и в случае намерения подписать его, Пациент (законный представитель Пациента в возрасте до 15 лет либо недееспособного лица) собственноручно ставит подпись во всех отведенных для подписи местах, дату.

2.9. Перед выполнением каждого нового вида медицинского вмешательства Пациенту предлагается для ознакомления и подписания соответствующая форма информированного добровольного согласия.

2.10. Если Пациент продолжает лечение в Клинике по поводу того же вида лечения, то информированное согласие, составленное в начале такого лечения, сохраняет свою силу, в том числе в случае замены лечащего врача.

2.11. В случае отсутствия у лечащего врача определенной формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, такое согласие составляется врачом в письменной форме самостоятельно, на отдельном листе и после его оформления и подписания Пациентом подшивается в медицинскую документацию Пациента, либо собственноручно вписывается лечащим врачом в медицинскую карту Пациента.

2.12. Во всех случаях Пациент/представитель Пациента знакомится с информированным добровольным согласием на медицинское вмешательство под роспись.

2.13. Информированное добровольное согласие действительно в течение всего срока оказания медицинских услуг в Клинике.

2.14. Пациент обязуется до назначения лечения сообщать врачу о тех видах лечения, которые не соответствуют его религиозным взглядам и убеждениям.

Раздел III. «Порядок отказа от медицинского вмешательства»

3.1. Пациент/представитель Пациента имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств).

3.2. При отказе от любого вида медицинского вмешательства лечащий врач предоставляет Пациенту/представителю Пациента возможность ознакомиться с формой отказа от медицинского вмешательства, а так же разъясняет в доступной форме полную информацию о возможных последствиях такого отказа, в том числе, вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

3.3. Отказ от одного или нескольких видов вмешательств оформляется в письменном виде в одном экземпляре по установленной форме, подписывается Пациентом/представителем Пациента, а также медицинским работником, оформившим такой отказ, и подшивается в медицинскую документацию Пациента.

3.4. В случае отсутствия у лечащего врача определенной формы отказа от медицинского вмешательства, такой отказ составляется самим Пациентом/ представителем Пациента собственноручно в письменной форме на отдельном листе, и подшивается в медицинскую документацию Пациента, либо собственноручно вписывается Пациентом/ представителем Пациента в медицинскую карту, либо вписывается лечащим врачом в медицинскую карту Пациента. Во всех случаях отказ от медицинского вмешательства подписывается Пациентом/представителем Пациента.

Раздел IV. «Порядок направления Пациента на госпитализацию»

4.1. При наличии у Пациента показаний к госпитализации, лечащий врач обязан рекомендовать Пациенту/ представителю Пациента самостоятельно оформить направление на госпитализацию в специализированное медицинское учреждение в письменном виде в одном экземпляре по форме, установленной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г. № 255 (Форма № 057/у-04) (Приложение 1 к настоящему Положению).

4.1.1. В случае необходимости оказания неотложной/экстренной медицинской помощи, с учетом состояния Пациента и необходимости получения им специализированной медицинской помощи, лечащий врач обязан организовать вызов бригады скорой помощи

4.2. О выдаче Пациенту направления на госпитализацию непосредственно лечащим врачом Клиники, либо о вызове скорой помощи ставится соответствующая отметка в медицинской карте Пациента, с которой Пациент/ представитель Пациента знакомится под роспись.

4.3. В случае отказа Пациента от госпитализации (отказа представителя Пациента от госпитализации Пациента) равно как и в случае нежелания Пациента/представителя Пациента получить направление на госпитализацию:

4.3.1. Лечащий врач подробно информирует Пациента (его законного представителя) о состоянии его (Пациента) здоровья и необходимости получения специализированной медицинской помощи;

4.3.2. Оформляет отказ по установленной форме (Приложение 1, 2 к настоящему Положению), который подписывается Пациентом (его законным представителем) собственноручно и подшивается в медицинскую документацию Пациента;

4.3.3. Вносит соответствующую запись в карту Пациента, с которой Пациент (его законный представитель) знакомится под роспись.

Раздел V. «Случаи медицинского вмешательства без согласия Пациента, одного из родителей или иного законного представителя»:

5.1. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

5.1.1. если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении несовершеннолетних в возрасте старше пятнадцати лет или больных наркоманией несовершеннолетних в возрасте старше шестнадцати лет);

5.1.2. в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

5.1.3. в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

5.1.4. в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

5.1.5. при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы;

5.2. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается:

5.2.1. в случаях, указанных в пунктах 5.1.1. и 5.1.2. - консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, — непосредственно лечащим врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию Пациента и последующим уведомлением главного врача или управляющего Клиникой/филиалом Клиники, гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя;

5.2.2. в отношении лиц, указанных в пунктах 5.1.3. и 5.1.4., — судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

Раздел VI. «Правила приема»

6.1. Предварительная запись Пациента на прием к врачу осуществляется при обращении в непосредственно регистратуру Клиники или по телефону контактного центра Клиники +7 (908) 239-61-61, а также через форму записи на прием на сайте Клиники в сети интернет <https://www.ortho-house.pro/> или через форму записи в социальных сетях. Дату и время приема Пациент выбирает из предложенных Администратором Клиники свободных дат и часов приема. При записи на плановый прием Пациент предоставляет номер контактного телефона для информирования о непредвиденном изменении даты и времени приема.

6.1.1. В случаях объективной невозможности принять Пациента в предварительно согласованную дату (болезнь врача, увольнение врача, отключение электричества, неготовность медицинского

изделия на момент приема и т.д.) администратор Клиники предлагает перенести прием на ближайшее свободное время, а так же в некоторых случаях предлагает замену специалиста.

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

6.2. Пациент должен приходить на прием к лечащему врачу за 15 минут до назначенного времени, а если какие-либо обстоятельства препятствуют визиту – необходимо за 24 часа до назначенного времени приема сообщить об этом по телефону администраторам Клиники.

6.2.1. В случае неявки Пациента на прием в назначенное время без уведомления Исполнителя, последний имеет право перед последующей записью Пациента на прием потребовать внесения авансового платежа на расчетный счет (в кассу) Клиники в размере 50% от стоимости консультации специалиста Исполнителя, к которому записывается Пациент. При этом, в случае повторной неявки на прием в назначенное время без уведомления Исполнителя, из суммы такого авансового платежа производится списание стоимости резервирования рабочего времени врача в соответствии с прейскурантом, действующим на дату несостоявшегося приема.

6.2.2 В случае опоздания Пациента в назначенное время на прием к врачу более чем на 10 минут, лечащий врач вправе осуществлять прием следующих Пациентов. В этом случае прием опоздавшего Пациента будет произведен в этот день только при наличии у врача такой возможности и в то время, которое сможет он выделить для этого.

6.3. При оказании лечащим врачом неотложной медицинской помощи (медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни Пациента) другим Пациентам (к примеру, с острой болью), начало приема может задержаться.

6.4. С согласия Пациента/представителя Пациента администраторы Клиники путем телефонных звонков, смс-сообщений или при помощи электронной почты, указанных в заключенном с Пациентом Договоре или в отдельных заявлениях, напоминают Пациенту/представителю Пациента о предстоящем приеме, контрольном осмотре или сообщают о других изменениях в расписании Клиники. В случае изменения Пациентом/ представителем Пациента телефонных номеров, предоставленных Исполнителю, без предварительного уведомления о соответствующих изменениях, Исполнитель не несет ответственность за несообщение сведений об изменении времени и/или даты приема, а также за возможные неблагоприятные последствия в состоянии здоровья Пациента.

6.5. Пациент/ представитель Пациента во время его приема лечащим врачом и проведения иных медицинских манипуляций должен отключать свои мобильные телефоны.

6.6. Пациент/ представитель Пациента обязуется оплатить денежные средства в соответствии с Прейскурантом Клиники (код позиции «Оплата времени приема по дополнительным условиям за 30 минут»), в случае невозможности выполнения персоналом Клиники своих обязательств по Договору в пределах отведенного времени, возникшие по вине Пациента/ представителя Пациента (например, нарушение Правил внутреннего распорядка (правил поведения Пациентов).

6.7. Пациенту/ представителю Пациента на территории Клиники запрещено пользоваться диктофоном или иными записывающими устройствами.

6.8. Фото- и видеосъемка, аудиозапись Пациентами и лицами их сопровождающими в помещении Клиники осуществляется только с разрешения администрации Исполнителя.

6.9. Медицинский персонал Клиники вправе осуществлять фото- и видеосъемку, аудиозапись Пациента в лечебных и диагностических целях, без права распространения полученных фото-, аудио- и видеоматериалов вне Клиники Исполнителя.

6.10. Пациент/ представитель Пациента информирован о том, что в целях обеспечения безопасности, в Клинике Исполнителя ведется видеонаблюдение и аудиозапись.

6.10.1. Система видеонаблюдения и аудиозаписи в помещениях и на территории Клиники является открытой и не направлена на сбор информации о конкретном человеке.

6.10.2. Система открытого фото/видеонаблюдения и аудиозаписи в Клинике является элементом общей системы защиты Клиники, направленной на обеспечение безопасной организации оказания медицинских услуг, поддержания трудовой дисциплины и порядка в Клинике, обеспечение сохранности имущества Клиники, работников и посетителей Клиники, предупреждения возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечение объективности расследования в случаях их возникновения.

6.10.3. Собранная при помощи фото- и видеонаблюдения и и/или аудиозаписи информация относится к персональным данным. Запрещена передача кем-либо из сотрудников Клиники в личных целях, а так же передача другим лицам, кроме уполномоченных сотрудников Клиники или сотрудников третьих лиц, уполномоченных Клиникой на обработку персональных данных, при обязательном соблюдении данными сотрудниками ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», информации, полученной при помощи фото- и видеонаблюдения и/или аудиозаписи.

6.10.4. Сведения о Пациентах, обратившихся за оказанием медицинской помощи, полученные при фото- и видеосъемке и аудиозаписи, осуществляемой Клиникой, составляют врачебную тайну, соблюдение которой обеспечивается Клиникой в соответствии со статьей 13 Федерального закона 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Раздел VII. «Особенности оказания поликлинических медицинских услуг лицам, не достигшим возраста 18 лет»

7.1. Медицинская помощь детям в возрасте до 18-ти лет, оказывается в порядке и на условиях, предусмотренных в настоящем Положении и заключенном между сторонами Договоре оказания поликлинических услуг (Договор лечения).

7.2. При оказании медицинской помощи детям в возрасте до 18-ти лет существует ряд особенностей:

7.2.1. На оказание поликлинических услуг детям в возрасте от 0 до 10 лет резервируется 1 час времени; на оказание поликлинических услуг детям в возрасте от 11 до 18 лет резервируется 30 минут времени.

7.2.2. Законные представители ребенка, а также лица, сопровождающие ребенка, должны содействовать лечебному процессу, неукоснительно соблюдая требования и рекомендации лечащего врача.

7.2.3. Представитель Пациента не вправе без указаний лечащего врача и/или иного медицинского персонала каким-либо образом вмешиваться в лечебный процесс.

7.2.4. Исполнитель информирует законного представителя Пациента, в случае если на момент конкретного обращения Пациент не достиг возраста 15-ти лет (или является больным наркоманией и не достиг возраста 16 лет), а также самого Пациента в случае, если Пациент достиг возраста 15-ти лет, но не приобрел дееспособность в полном объеме, информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах проведенного лечения, о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

7.2.5. Пациенты, не достигшие 15-летнего возраста (или Пациенты, больные наркоманией и не достигшие возраста 16 лет), принимаются только в сопровождении своих законных представителей (родителей, попечителей, усыновителей, опекунов). В случае если ребёнка сопровождают другие взрослые, на них должна быть оформлена Доверенность установленного образца, удостоверенная надлежащим образом. Пациенты, представители которых не имеют надлежаще оформленной Доверенности, на приём не допускаются.

7.2.6. Прием Пациентов, достигших 15-летнего возраста (или Пациентов, больных наркоманией и достигших возраста 16 лет), допускается без присутствия их законных представителей, при условии согласия администрации Исполнителя, за исключением первичного приема либо первичного посещения Клиники. При этом представитель Пациента вносит предоплату за лечение, тем самым

автоматически дает свое согласие на проведение ребенку лечения, назначенного специалистом Исполнителя, в пределах суммы внесенной предоплаты.

7.2.7. Несовершеннолетние, больные наркоманией, в возрасте старше 16-ти лет и иные несовершеннолетние в возрасте старше 15-ти лет:

7.2.7.1. знакомятся с внутренней документацией Исполнителя (настоящим Положением, Правилами внутреннего распорядка, Положением о скидках и другими локальными нормативными актами Исполнителя);

7.2.7.2. обязуются немедленно извещать лечащего врача обо всех изменениях в состоянии своего здоровья и изменениях в приеме медикаментов при каждом посещении врача. При появлении боли, дискомфорта и других жалоб в периоды между этапами лечения, немедленно извещать лечащего врача или дежурного администратора, либо посетить Клинику Исполнителя для решения вопроса об оказании медицинской помощи;

7.2.7.3. несут ответственность за достоверность представленной информации;

7.2.7.4. обязуются строго выполнять все предписания и рекомендации врача и медицинского персонала Исполнителя;

7.2.7.5. подтверждают личной подписью информированное добровольное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства. Имеют право письменно оформить отказ от медицинского вмешательства;

7.2.7.6. выражают личной подписью свое согласие на разглашение представителю Пациента сведений, составляющих врачебную тайну, выдачу представителю Пациента выписки из медицинской карты Пациента, копий медицинской документации, а также ознакомление представителя Пациента с медицинской документацией Пациента.

Раздел VIII. «Форма оплаты, скидки, рассрочки»

8.1. В Клинике предусмотрены следующие виды оплаты за оказанные медицинские услуги:

- наличный расчет;
- безналичный расчет: оплата по банковским пластиковым картам, QR код;
- лечение в рассрочку. Информацию о предоставлении рассрочки можно получить у администраторов. Оказание медицинских услуг, оформленных в рассрочку, осуществляется исходя из плана лечения Пациента с поэтапной оплатой.

8.2. Оплата услуг осуществляется в день приема за фактически оказанные услуги. При оплате Пациенту/ представителю Пациента выдается справка с перечнем оказанных услуг и кассовый чек. Если оплата происходит по банковской пластиковой карте к вышеперечисленным документам прилагается чек с терминала.

8.3. Пациент/представитель Пациента обязуется предъявить паспорт или иной документ, удостоверяющий его личность, при оплате им медицинских услуг с использованием банковской карты.

8.4. В случае неявки Пациента на прием от двух раз подряд и более, Исполнитель, перед осуществлением записи Пациента на последующий прием, вправе потребовать у Пациента/представителя Пациента внесения предварительной оплаты в размере, определяемом Исполнителем, а порядке и на условиях, установленных в п. 8.2. настоящего Положения.

8.5. Оказание медицинских услуг возможно в рамках программ Добровольного медицинского страхования за счет средств страховых компаний. Если окажется, что оплата оказанной услуги не предусмотрена программой Добровольного медицинского страхования, Пациент/представитель Пациента по предварительному согласованию обязан оплатить ее в соответствии с условиями Договора на оказание поликлинических услуг (Договор лечения).

8.6. Клиника имеет право устанавливать программы скидок, проводить акции. Порядок, условия и размеры предоставляемых скидок, условия проводимых акций, устанавливаются и регулируются Положением о скидках, действующим внутри Клиники.

8.7. Налогоплательщик имеет право на получение социальных налоговых вычетов на условиях, предусмотренных п. 3 ч. 1 ст. 219 Налогового Кодекса РФ. Для получения социальных налоговых вычетов Клиника оформляет Справку об оплате медицинских услуг по установленной форме в течение 7 (семи) рабочих дней с момента обращения Пациента (Плательщика) за получением такой справки. Справка оформляется на основании следующих документов: Договора оказания поликлинических услуг (Договора лечения), квитанций об оплате с кассовыми чеками, копии свидетельства о постановке на учет в налоговый орган, заявления о выдаче справки.

8.7.1. Справка об оплате медицинских услуг по установленной форме выдается непосредственно налогоплательщику, его законному представителю, либо лицу, предъявившему надлежащим образом оформленную доверенность.

Раздел IX. «Отказ в приеме»

9.1. При отсутствии ситуации, угрожающей жизни и здоровью Пациента, Клиника вправе не приступать к оказанию услуг, а начатые услуги приостановить, в случаях, если имеет место нарушение Пациентом/ представителем Пациента своих обязательств по Договору оказания поликлинических услуг, которое препятствует надлежащему исполнению Исполнителем Договора:

9.1.1. непредоставление Пациентом/ представителем Пациента результатов обследования, выполненных в другом медицинском учреждении;

9.1.2. невыполнение мер по подготовке к предстоящей процедуре/манипуляции, о которых ему было сообщено заранее;

9.1.3. нарушение обязательств по оплате;

9.1.4. выявления у Пациента противопоказаний к предстоящей процедуре/манипуляции;

9.1.5. а также в иных случаях, в том числе, предусмотренных Договором оказания поликлинических услуг.

9.2. Клиника вправе отказаться от исполнения Договора, если в процессе лечения Пациент/ представитель Пациента будет настаивать на изменении методики лечения и/или оказании таких услуг, применении лекарственных препаратов и/или медицинских изделий, которые не соответствуют медицинским показаниям, несовместимы с медицинскими стандартами и правилами, нецелесообразны для Пациента или противопоказаны ему по медицинским основаниям.

9.3. При отсутствии ситуации, угрожающей жизни и здоровью Пациента, Клиника вправе отказать Пациенту в приеме в случае, если:

9.3.1. Пациент/ представитель Пациента отказывается от оформления Договора и/или информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

9.3.2. Пациент/ представитель Пациента отказывается от предложенного и согласованного медицинского вмешательства;

9.3.3. Пациент/ представитель Пациента находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения и/или нарушает общественное спокойствие в помещениях Исполнителя;

9.3.4. Пациент/ представитель Пациента нарушает Правила внутреннего распорядка Исполнителя;

9.3.5. у Пациента обнаружилось медицинские противопоказания к проведению лечебного мероприятия;

9.3.6. Пациент/ представитель Пациента находится в состоянии повышенной возбудимости, которая может негативно сказаться на безопасности персонала Исполнителя или других Пациентов;

9.3.7. Пациент/ представитель Пациента против применения дополнительных средств защиты, если медицинский персонал требует применения дополнительных средств защиты для осуществления лечебного процесса;

9.3.8. отсутствует возможность оказания услуг Пациенту вследствие наступления обстоятельств, не зависящих от Исполнителя и имеющих чрезвычайный характер (болезнь врача, отключение электроэнергии, выход из строя оборудования и пр.);

9.3.9. услуга, с точки зрения Исполнителя, является комплексной, а Пациент/ представитель Пациента настаивает только на исполнении ее части;

9.3.10. на любом этапе лечения имеется невозможность оказания услуг/качественного оказания услуг, возникшая по вине Пациента/представителя Пациента, в частности, при неисполнении Пациентом/представителем Пациента своих обязанностей, предусмотренных заключенным Договором;

9.3.11. Пациента, не достигшего возраста 15 лет (больного наркоманией, не достигшего возраста 16 лет), а также с согласия Пациента, достигшего возраста 15 лет, сопровождают не его законные представители, либо лица, на которых не оформлена надлежащим образом Доверенность.

9.3.12. представитель Пациента нарушает требования Раздела VII настоящего Положения.

9.4. Пациент/ представитель Пациента предупрежден о том, что:

9.4.1. лечащий врач в соответствии с п. 3 ст. 70 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» имеет право отказаться от наблюдения и лечения Пациента, если отказ непосредственно не угрожает жизни Пациента и здоровью окружающих, без указания причин такого отказа. При отказе лечащего врача от наблюдения и лечения Пациента, Исполнитель обязуется организовать замену лечащего врача;

9.4.2. лечащий врач может принять решение об отказе от наблюдения и лечения Пациента, в том числе: если врач чувствует себя недостаточно компетентным, не располагает необходимыми техническими возможностями для оказания должного вида помощи; данный вид медицинской помощи противоречит нравственным принципам врача; если врач полагает, что между ним и Пациентом нет необходимого взаимного доверия; врач не в состоянии установить с Пациентом терапевтическое сотрудничество (отношения с Пациентом, когда Пациент становится «терапевтическим союзником» врача, на основе взаимной ответственности и взаимного доверия);

9.4.3. в случае отказа единственного специалиста Клиники, являющегося лечащим врачом, от наблюдения за Пациентом, Клиника имеет право отказать Пациенту в оказании данных услуг без замены врача (вследствие отсутствия его замены) и без направления Пациента для оказания таких услуг к третьему лицу.

Раздел X. «Ответственность сторон»

10.1. Клиника несет ответственность за качество оказываемых медицинских услуг и обязуется оказать медицинскую помощь в соответствии установленными порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, а также иными нормативными актами, действующими в системе здравоохранения РФ, в соответствии с медицинскими показаниями Пациента, с применением высококачественных инструментов и материалов, с использованием современных технологий лечения, с предоставлением высокого уровня обслуживания.

10.2. Пациент либо представитель Пациента возмещает Клинике убытки, возникшие по вине Пациента:

10.2.1. Вследствие повреждения по вине Пациента/ представителя Пациента оборудования и/или иного имущества Клиники;

10.2.2. Вследствие причинения вреда сотрудникам Клиники при выполнении ими служебных обязанностей;

10.2.3. Причиненные имуществу сотрудников Клиники во время выполнения ими служебных обязанностей.

10.3. Исполнитель не гарантирует положительный результат предоставляемых услуг и не несет ответственности перед Пациентом, а также может быть освобожден от ответственности:

10.3.1. Если вред здоровью Пациента возник вследствие непреодолимой силы;

10.3.2. Если недостижение положительного результата или наступление отрицательных последствий явилось причиной нарушения Пациентом/ представителем Пациента обязательств по заключенному Договору;

10.3.3. Если лечение не проведено по причине неявки Пациента или его отказа продолжить лечение;

10.3.4. В случае возникновения не отмечавшейся ранее аллергии или непереносимости препаратов и/или материалов, разрешенных к применению в Российской Федерации;

10.3.5. За некачественные услуги, оказанные ранее Пациенту в другом медицинском учреждении, в случае если такое некачественное оказание услуг повлияло на качество услуг Исполнителя;

10.3.6. Если Пациент/ представитель Пациента был предупрежден о возможности наступления каких-либо отрицательных последствий и/или осложнений и согласился приступить к лечению на таких условиях.

10.3.7. За последствия, которые могут возникнуть в случае предоставления Пациентом/ представителем Пациента неполной или недостоверной (ложной) информации, сокрытия Пациентом информации о состоянии своего здоровья и перенесенных заболеваниях;

10.3.8. При несоблюдении Пациентом, равно как и при необеспечении представителем Пациента соблюдения Пациентом указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, что может привести к снижению качества предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента;

10.4. Нарушение Пациентом сроков лечения и рекомендаций врача фиксируются Исполнителем в одностороннем порядке путем соответствующих записей в медицинской карте Пациента.

10.5. Исполнитель имеет право по своему выбору отказать в приеме (в оказании услуг) и/или отказаться от исполнения Договора, и/или не приступать к оказанию услуг, а начатые услуги приостановить, и/или приостановить оказание услуг при возникновении ситуаций, создающих угрозу причинения или причиняющих вред здоровью и/или имуществу сотрудников Исполнителя со стороны Пациента, представителя Пациента, и/или совместно проживающих с Пациентом лиц, а также домашних животных, находящихся в помещении, в котором намерены оказать или оказываются услуги Пациенту, в том числе, но не ограничиваясь: проявление агрессии в отношении сотрудника Исполнителя; оскорбление сотрудника Исполнителя; применение физического насилия в отношении сотрудника Исполнителя; публичные оскорбления и/или угрозы в отношении сотрудника Исполнителя; в иных ситуациях.

Приложение 1 – Направление на госпитализацию, обследование, консультацию.

Приложение 2 – Отказ от госпитализации для Пациентов до 15 лет.

Приложение 3 - Отказ от госпитализации для Пациентов от 15 (в отдельных случаях, установленных законом от 16 лет) до 18 лет.



ОРТОХАУС

авторская ортодонтическая клиника

+7 (950) 611 - 73 - 37

Индивидуальный предприниматель

СЕРДЮК ТАТЬЯНА ИГОРЕВНА

ИНН 524621440985, ОГРНИП 323527500073733

ОКПО 2023521076, АО "АЛЬФА-БАНК"

р/сч 40802810516310000037

БИК 044525593 к/сч 30101810200000000593

в ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО

ул. Луначарского, д.15, этаж 3, офис 60, г. Бор,

Нижегородская обл., 606440

+7 908 239-61-61, taty-serdyuk@mail.ru

Приложение №1
к Положению о порядке и условиях
оказания поликлинических услуг
(ред. от 27.10.2025)

Медицинская документация

Учетная форма N 057/у

Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 2 сентября 2025 г. N 519н

НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ N ____

Дата заполнения направления: число ____ месяц ____ год ____

(наименование медицинской организации, куда направлен пациент)

Полис обязательного медицинского страхования: _____

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования: число ____ месяц ____ год ____

данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или
определенной застрахованному лицу _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____

Дата рождения: " _ " _____ г. Пол: муж - 1, жен - 2

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации _____

район _____ населенный пункт _____ улица _____ дом ____ строение/

корпус ____ квартира ____

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации _____

район _____ населенный пункт _____ улица _____ дом ____ строение/корпус

____ квартира ____

Местность: городская - 1, сельская - 2

Занятость: работает - 1, проходит военную службу или приравненную к ней службу - 2, пенсионер - 3,

обучающийся - 4, не работает - 5, прочие - 6

Код диагноза по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем _____

Направляется для оказания медицинской помощи: _____

форма: экстренная - 1, неотложная - 2, плановая - 3;

вид: первичная медико-санитарная помощь, в том числе специализированная - 1,

специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь - 2, паллиативная

медицинская помощь - 3; скорая специализированная медицинская помощь - 4;

условия: амбулаторно - 1; в дневном стационаре - 2; стационарно - 3.

Обоснование (показания) направления с указанием числа назначаемых курсов (циклов) лечения _____

Должность, специальность медицинского работника, направившего пациента _____

(подпись)

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

М.П. (при наличии)

Отказ

1. Я _____,
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающая (нй) по адресу: _____

паспорт: _____, выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка (далее по тексту - Пациент):

(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

настоящим подтверждаю свое ознакомление:

* с диагнозом Пациента _____;

* с рекомендациями лечащего врача _____
(Ф.И.О. должность врача)

о необходимости госпитализации Пациента и получения им специализированной медицинской помощи в стационарных условиях.

2. Я понимаю, что ИП Сердюк Татьяна Игоревна не оказывает специализированную медицинскую организацию в стационарных условиях.

3. Я ознакомлен(а) и мне разъяснены лечащим врачом в доступной для меня форме возможные последствия отказа от получения Пациентом специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, в т.ч. вероятность развития осложнений заболевания (состояния) Пациента, вплоть до летального исхода.

4. Я понимаю, что при отказе от получения Пациентом специализированной медицинской помощи в стационарных условиях за последствия, вызванные таким отказом, и состояние здоровья несовершеннолетнего Пациента, ИП Сердюк Татьяна Игоревна ответственности не несет. 5. Все медицинские термины и понятия, используемые в настоящем документе, объяснены мне в доступной форме лечащим врачом.

6. Я подтверждаю, что способен (на) осознавать характер своих деяний, могу управлять ими, способен (на) понимать возможные последствия.

7. Я ознакомлен (а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

8. Добровольно пользуюсь правами, предусмотренными ст. 19, ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», настоящим, я отказываюсь от направления Пациента госпитализацию и получения Пациентом специализированной медицинской помощи в стационарных условиях.

Подпись законного представителя Пациента

(фамилия, имя, отчество - полностью, подпись)

Дата _____

Я свидетельствую, что разъяснил суть диагноза и состояния Пациента, риски, возможные осложнения, связанные с отказом от госпитализации и получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, дал ответы на все вопросы. Подпись удостоверяю.

Подпись врача _____
(фамилия, имя, отчество - полностью, должность, подпись)

Отказ

1. Я _____,
(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ года рождения, проживающая (ий) по адресу: _____

настоящим подтверждаю свое ознакомление:

* с диагнозом _____;

* с рекомендациями лечащего врача _____
(ФИО, должность врача)

о необходимости моей госпитализации и получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях.

2. Я понимаю, что ИП Сердюк Татьяна Игоревна не оказывает специализированную медицинскую организацию в стационарных условиях.

3. Я ознакомлен(а) и мне разъяснены лечащим врачом в доступной для меня форме возможные последствия отказа от получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, в т.ч. вероятность развития осложнений моего заболевания (состояния), вплоть до летального исхода.

4. Я понимаю, что при отказе от получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях за последствия, вызванные таким отказом, и мое состояние здоровья, ИП Сердюк Татьяна Игоревна ответственности не несет.

5. Все медицинские термины и понятия, используемые в настоящем документе, объяснены мне в доступной форме лечащим врачом.

6. Я подтверждаю, что способен (на) осознавать характер своих деяний, могу управлять ими, способен (на) понимать возможные последствия.

7. Я ознакомлен (а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

8. Добровольно пользуясь правами, предусмотренными ст. 19, ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», настоящим, я отказываюсь от направления на госпитализацию и получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях.

Подпись пациента

(фамилия, имя, отчество - полностью, подпись)

Дата _____

Я свидетельствую, что разъяснил суть диагноза и состояния Пациента, риски, возможные осложнения, связанные с отказом от госпитализации и получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, дал ответы на все вопросы. Подпись удостоверяю.

Подпись врача _____
(фамилия, имя, отчество - полностью, должность, подпись)

Прошито, пронумеровано, скреплено
печатно Сердюк Т.И.

