

ДОГОВІР (ПРИЄДНАННЯ)

про надання медичних послуг

м. Київ

«_____» _____ 202__ р.

Цей Договір встановлює умови за яких **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «АЙЗ ЕССЕТС МЕНЕДЖМЕНТ»»** (код ЄДРПОУ 42930175) надає платні медичні послуги за адресою: Україна, 02096, м. Київ, вул. Коперника, 12 Д.

ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «АЙЗ ЕССЕТС МЕНЕДЖМЕНТ»» (код ЄДРПОУ 42930175) у подальшому поіменоване як «Медичний Центр».

Відповідно до статті 634 Цивільного кодексу України цей Договір є договором приєднання, умови якого встановлені даним формуляром, який знаходиться у представників **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «АЙЗ ЕССЕТС МЕНЕДЖМЕНТ»»** в місцях надання послуг, за юридичною адресою товариства, а також в мережі Інтернет за адресою: <https://centeroka.com.ua/dogovor-kroslinking.pdf>

Особи, які мають необхідний об'єм право - та дієздатності, можуть приєднатися до цього Договору в цілому, часткове прийняття умов чи прийняття умов з застереженнями не допускається.

Всі особи які бажають приєднатись, або приєднались до цього Договору поіменовані у подальшому як Пациєнт.

Медичний центр залишає за собою право відмовити в укладені/ приєднані до Договору будь – якій особі без пояснення причин та мотивів відмови.

Приєднання до Договору відбувається шляхом підписанням зацікавленими особами Інформованої згоди пацієнта на проведення діагностики та лікування згідно із новим клінічним протоколом, Інформованої добровільної згоди на операцію та знеболення (форма № 003-6/о) та, за необхідності, інших форм первинної облікової документації. Особи які приєднались до даного Договору не мають права пропонувати свої умови до цього Договору.

Медичний Центр в праві змінити умови даного Договору або відкликати пропозицію приєднання до нього. У разі не згоди Пациєнта з новими умовами Договору, він має право письмово звернутись до **Медичного Центру** з заявою про припинення Договору. Дана заява повинна бути подана Пациєнтом у дводенний термін з наступного дня після отримання відповідного повідомлення **Медичного центру**.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

1.1. Медичний центр зобов'язується надати Пациєнту платні медичні послуги з процедури **полімеризація рогівки (крослінкінг)**, (надалі Процедура), а Пациєнт зобов'язується оплатити послуги в розмірі, у строки та в порядку, що встановлені Договором.

2. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

2.1. Права медичного центру:

2.1.1. Вимагати від Пациєнта документи про стан здоров'я, видані медичними установами України, отримання консультації у відповідних спеціалістів та проходження медичних обстежень з метою виявлення у Пациєнта протипоказань для проведення Процедури та інших факторів, що можуть призвести до ускладнень як в процесі проведення Процедури так і в після процедурний період.

2.1.2. Відмовити Пациєнту у проведенні Процедури, або перенести її проведення на інший час, на підставі медичних даних про стан здоров'я Пациєнта та інших об'єктивних факторів.

2.1.3. Відмовити Пациєнту у проведенні Процедури у зв'язку з її не оплатою відповідно до п.3.1. даного Договору.

2.1.4. Вимагати від Пациєнта дотримуватися та виконувати допроцедурні та післяпроцедурні призначення Медичного центру.

2.2. Обов'язки медичного центру:

2.2.1. Оформити медичну картку Пациєнта, до якої додаються всі документи про стан здоров'я Пациєнта та результати медичних обстежень.

2.2.2. Надавати Пациєнту в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету здійснення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку

захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я.

2.2.3. Ознайомити Пацієнта з правилами та методами, які будуть застосовані при проведенні процедури.

2.2.4. Ознайомити Пацієнта з інформацією про можливі результати проведення Процедури та можливі ускладнення в процесі проведення Процедури та в післяпроцедурний період.

2.2.5. Провести Процедуру в узгоджений з Пацієнтом час, але не пізніше трьох місяців з моменту приєднання до цього Договору.

2.2.6. Провести Процедуру з дотриманням галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, затверджених Міністерством охорони здоров'я України

2.2.7. Зберігати лікарську таємницю.

2.3. Права пацієнта:

2.3.1. Вимагати від Медичного центру витяги з медичної картки про результати медичного обстеження, проведення процедури, допроцедурного та післяпроцедурного призначення.

2.3.2. Вимагати від Медичного центру інформацію про можливі результати проведення Процедури та можливі ускладнення в процесі проведення Процедури та в післяпроцедурний період.

2.3.3. Відмовитися від Процедури у порядку, встановленому цим договором.

2.4. Обов'язки пацієнта:

2.4.1. Надати документи про стан здоров'я, видані медичними установами України, отримати консультації у відповідних спеціалістів, та пройти призначені Медичним центром обстеження з метою виявлення у Пацієнта протипоказань для проведення Процедури та інших факторів, що можуть призвести до ускладнень як в процесі проведення Процедури так і в післяпроцедурний період.

2.4.2. Дотримуватися та виконувати допроцедурні та післяпроцедурні призначення та рекомендації Медичного центру.

2.4.3. Проходити медичне обстеження в післяпроцедурний період протягом п'яти тижнів в призначений Медичним центром час. В окремих випадках, зважаючи на стан здоров'я Пацієнта, йому може бути подовжено термін проходження медичного обстеження в післяпроцедурний період.

2.4.4. Оплатити послуги Медичного центру відповідно до п.3.2. даного Договору.

3.ВАРТІСТЬ ПОСЛУГ ТА ПОРЯДОК РОЗРАХУНКІВ

3.1. Вартість Процедури складається з вартості медичних послуг та вартості витратних матеріалів, необхідних для її проведення.

3.2. Вартість Процедури визначається прейскурантом цін Медичного Центру, який діє у день приєднання Пацієнта до цього Договору. Вартість процедури сплачуються Пацієнтом не пізніше ніж за три дні до узгодженої сторонами дати проведення процедури на підставі виставленого Медичним центром рахунку – фактури.

3.2.1. Грошові кошти, визначені п.3.2. даного договору, сплачуються готівковими коштами у касу Медичного центру або перераховуються на поточний рахунок останнього.

3.3. У випадку відмови Пацієнта від проведення процедури менш ніж за добу до визначеної дати її Проведення, медичний центр повертає пацієнту лише сімдесят відсотків сплачених відповідно до п.3.2. договору грошових коштів.

3.4. У випадку остаточної відмови Медичного центру від проведення процедури на підставі п.2.1.3. Договору Медичний центр повертає пацієнту сплачені відповідно до п.3.2. Договору грошові кошти.

4. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

4.1. За порушення умов даного Договору винна Сторона відшкодовує спричинені цим збитки у порядку, встановленому чинним законодавством.

4.2. Медичний центр несе відповідальність перед Пацієнтом за дотримання правил та методу проведення Процедури.

4.3. Пацієнт несе відповідальність за достовірність документів про стан його здоров'я та інформації, яка має значення для встановлення Медичним центром протипоказань у проведенні Процедури.

4.4. Медичний центр не несе відповідальності перед Пацієнтом у випадку повідомлення ним недостовірних даних про стан здоров'я, а також невиконання ним допроцедурних та

післяпроцедурних призначень та рекомендацій Медичного центра.

5. ПОРЯДОК РОЗВ'ЯЗАННЯ СПОРІВ

5.1. Усі суперечки між Сторонами, з яких не було досягнуто згоди, розв'язуються відповідно до законодавства України.

6. ІНШІ УМОВИ

6.1. Даний Договір набирає чинності з моменту його затвердження Медичним центром та приєднанням до нього Пацієнта.

6.2. Усі додатки до даного Договору підписуються сторонами та є його невід'ємною частиною.

6.3. У випадках, не передбачених цим Договором, Сторони керуються цивільним законодавством.

6.4. Медичний центр залишає за собою право на **односторонню відмову у наданні медичних послуг офтальмологічного профілю** клієнту, згідно Європейської резолюції дотримання права відмови лікаря та лікарняного закладу, керуючись нормативно-правовими актами та інструкціями, затвердженими адміністрацією закладу.

7. РЕКВІЗИТИ СТОРІН

Медичний центр:

ТОВ «АЙЗ ЕССЕТС МЕНЕДЖМЕНТ»

Україна, 02096, м. Київ, вул. Коперника, 12 Д

ЄДРПОУ 42930175

UA323395000000026001330653001

в АТ «Таскомбанк» Київ

Код ID НБУ 339500,

тел: +38(067)217-44-44

Директор _____ **О.С.Тесленко**

Додаток №1 до ДОГОВОРУ
Надання пацієнту інформації про проведення процедури «полімеризація рогівки
(крослінкінг)»

_____, надалі «Пацієнт», з однієї сторони, та Товариство з обмеженою відповідальністю «АЙЗ ЕССЕТС МЕНЕДЖМЕНТ», в особі директора, Тесленко Олександра Сергійовича, яка діє на підставі Статуту, з іншої сторони, підписали цей Додаток до Я, _____ у зв'язку із хворобою за власною ініціативою добровільно погоджуюсь на проведення мені «полімеризації рогівки (крослінкінгу)»

2. Я отримав всі необхідні роз'яснення з приводу мого захворювання, запропонованого лікування та можливих результатів лікування. Я ознайомлений з правилами та методом, що буде застосований при проведенні процедури.

3. Я зобов'язуюся надати всі документи про стан здоров'я, видані медичними установами України, та пройти медичне обстеження для виявлення факторів, що можуть призвести до ускладнень в процесі проведення Процедури та в після процедурний період, а також повідомити всі необхідні дані для встановлення протипоказань у проведенні Процедури. Зобов'язуюся дотримуватися та виконувати всі призначення та рекомендації Медичного центра.

3.1.1. Я інформований про медичні обстеження, які я маю пройти, та про консультації спеціалістів, які я маю отримати перед Проведенням процедури.

3.1.2. Мені роз'яснено те, що послуги, передбачені п.3.1. цього Додатку оплачуються мною за місцем їх надання та входять до вартості послуг, передбачених цим Договором.

3.1.3. Мені роз'яснені протипоказання для проведення Процедури та в після процедурний період, пов'язаних з індивідуальною реакцією організму на оперативне втручання.

Можливі ускладнення та ступінь їх ймовірності при даній операції (дані світової статистики):

А) запалення рогівки (кератит), запалення судинної оболонки ока (uveїт), (1:1000). При потраплянні інфекції в порожнину кон'юнктиви в післяопераційному періоді або на тлі іншого інфекційного захворювання (грип, ГРЗ тощо) або при загостренні хронічних захворювань в організмі. Вимагає активного лікування. Можливе зниження зору.

Б) повільна епітелізація (загоєння) рогівки після процедури. Потребує тривалого використання терапевтичної лінзи та пролонгованого використання крапель.

В) відсутність ефекту або тимчасовий ефект з продовженням прогресування основного захворювання. Потребує повторного проведення полімеризації рогівки та /або використання інших методів чи методик. В ускладнених випадках буде потрібна пересадка рогівки (кератопластика).

4. Я проінформований(а) про терапевтичний ефект даної процедури та необхідність проведення повторних процедур (полімеризації рогівки) в майбутньому.

КЛІНІКА
Директор Тесленко О.С..

ПАЦІЄНТ

Підпис _____

Підпис _____