

ДОГОВІР №_____
про надання медичних послуг

м. Київ

«_____» **2023 р.**

, надалі «Пацієнта», з однієї сторони, та Товариство з обмеженою відповідальністю «Печерський центр офтальмології», в особі директора, Цибульського Віталія В'ячеславовича, яка діє на підставі Статуту, з іншої сторони, уклали цей Договір про наступне:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

1.1. Медичний центр зобов'язується надати Пацієнту платні медичні послуги з **ексимер- лазерної корекції зору методом лазерного LASEK, SuperLASEK, Trans PRK Streamlight** (надалі Процедура), а Пацієнт 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 Пацієнта документи про стан здоров'я, видані медичними установами України, отримання консультації у відповідних спеціалістів та проходження медичних обстежень з метою виявлення у Пацієнта протипоказань для проведення Процедури та інших факторів, що можуть привести до ускладнень як в процесі проведення Процедури так і в післяпроцедурний період.

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

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

2.1.4. Вимагати від Пацієнта дотримуватися та виконувати допроцедурні та післяпроцедурні призначення Медичного центра.

2.2. Обов'язки медичного центру:

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

2.2.2. Надавати Пацієнту 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 підписання даного Договору.

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

2.2.7. Зберігати лікарську таємницю.

2.2.8. Проводити медичне обстеження та спостерігати Пацієнта протягом п'яти тижнів з моменту проведення Процедури. В окремих випадках, зважаючи на стан здоров'я Пацієнта, йому може бути подовжено термін проходження медичного обстеження в післяпроцедурний період.

2.2.9. Видати Пацієнту розрахунковий документ, що підтверджує оплату Процедури, у випадку сплати коштів через касу Медичного центру.

2.2.10. Повернути Пацієнту сплачені за цим Договором кошти у випадку остаточної відмови Медичного центру від проведення Процедури на підставі п.2.1.3. Договору, протягом ____ днів з моменту такої відмови.

2.3. Права пацієнта:

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

2.3.2. Вимагати від Медичного центра 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 привести 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. Проходить 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 центра 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 становить _____ грн., які 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 через касу Медичного центра 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 п'ятдесят 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, протягом ____ днів з моменту такої відмови.

4. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРИН

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. У випадку якщо результат Процедури відрізняється від її очікуваного результату, зазначеного в п.2.1. Додатку №1 до цього Договору, Медичний центр зобов'язується провести повторну Процедуру, якщо вона є доцільною для досягнення очікуваного результату, та за умови відсутності медичних протипоказань для такої Процедури.

4.3.1. Пацієнт зобов'язаний повідомити Медичний центр про не досягнення очікуваного результату Процедури протягом десяти днів з моменту виявлення такої обставини.

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

4.5. 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 підписання Сторонами і діє до останнього дня обстеження Пацієнта Медичним центром, встановленого відповідно до п.п.2.2.8., 2.4.3. даного Договору.

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.

7.РЕКВІЗИТИ СТОРИН

Медичний центр:

Україна, 02096, м. Київ, вул. Коперника 12Д
ЄДРПОУ 40559195
р/р 26005056121595
(UA24380775000050556121595)

Ф-я «Київсіті» ПАТ КБ «Приватбанк» у
м.Києві МФО 380775,
тел: +38(067)217-44-44
(044)528-33-23

Директор_____ В.В.Цибульський

Пацієнт:

Адреса: _____

Паспорт: серія «____» номер: _____,
виданий _____,

Реєстраційний номер облікової картки платника
податків _____
Тел.: _____

_____ (_____)

Додаток №1
до Договору про надання медичних
послуг №_____ від _____.р.

м. Київ

«_____» _____ 2023 р.

Надання

**пацієнту інформації про проведення процедури ексимер - лазерної корекції зору
методом субепітеліальної фоторефракційної кератектомії Ласек (LASEK)/
Суперласек (SuperLASEK), Trans PRK Streamlight**

_____, надалі «Пацієнт», з однієї сторони, та Товариство з обмеженою відповідальністю «Печерський центр офтальмології», в особі директора Цибульського Віталія В'ячеславовича, яка діє на підставі Статуту, з іншої сторони, підписали цей Додаток до Договору про надання медичних послуг №_____ від «____» _____ 2023 р. про наступне.

1. Я, _____, у зв'язку із хворобою _____ за власною ініціативою добровільно погоджуюсь на проведення мені ексимер-лазерної корекції зору методом Ласек (LASEK)/Суперласек (SuperLASEK), Trans PRK Streamlight.

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.

2.1. Очікуваним результатом операції є: через місяць після операції, сфороеквівалент рефракції в умовах циклоплегії (з розширеною зіницею) в межах 0,75D від запланованої рефракції; найвища корегована гострота зору – не нижча за найвищу кореговану гостроту зору до 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 привести до ускладнень в процесі проведення Процедури та в післяпроцедурний 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. Я інформований про медичні обстеження, які я маю я пройти, та про консультації спеціалістів, які я маю отримати перед Проведенням процедури.

3.2. 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.

4. Мені роз'яснені протипоказання для проведення Процедури.

5. Я інформований про можливі ускладнення під час Процедури та після операції, які можуть потребувати зміни протоколу або застосування іншої методики для досягнення результату процедури.

6. Я ознайомлений про можливість появи в подальшому житті інших захворювань на прооперованому оці, що не пов'язані з проведеним лазерної корекції зору методом Ласек (LASEK)/ SuperLASEK, Trans PRK Streamlight та про можливість ускладнень в процесі проведення Процедури

та в післяпроцедурний період, пов'язаних з індивідуальною реакцією організму на оперативне втручання:

- а) Можливість неоднакової гостроти зору на різних очах;
 - б) Запалення рогівки (кератит), запалення в середині ока (увеїт) (1:1000). При занесенні інфекції в порожнину кон'юктиви в післяопераційному періоді, або на фоні іншого інфекційного захворювання (грип, ГРЗ та ін.), або при загостренні хронічних процесів в організмі. Потребує активного лікування. Можливе зниження зору .
 - в) Недокорекція або гіперкорекція (1:500), пов'язані з індивідуальними особливостями будови тканини рогівки. Докорекція можлива через 3-6 місяців після операції.
 - г) Регрес (часткове повернення) короткозорості або далекозорості, астигматизму (1:100). У випадках міопії більше 6,0 діоптрій, далекозорості більше 4,0 діоптрій, астигматизму більше 3,0 діоптрій. Докорекція можлива через 3-6 місяців (після стабілізації зору та рефракції ока).
 - д) Відшарування сітківки (1:2000). Не є прямим ускладненням. Це є результатом дистрофічних змін на периферії сітківки. Потрібна операція. Відшарування сітківки можливе в різні періоди після операції. Потрібен постійний контроль стану сітківки (один раз на рік) та профілактичне лазерне укріплення сітківки, якщо необхідно.
 - е) Індукований кератоконус (1:10000). Результат вродженої слабкості тканини рогівки. Змінюється конфігурація рогівки. Знижується зір . При виявленні хвороби проводиться кросслінкінг рогівки, при прогресуванні хвороби потрібна пересадка рогівки.
 - ж) Підвищення внутрішньоочного тиску (1:150). Тимчасове підвищення на фоні застосування стероїдних крапель. Призначаються краплі, які знижують внутрішньоочний тиск. В рідких випадках, коли внутрішньоочний тиск не знижується краплями, потрібна операція;
 - з) Поверхневе помутніння рогівки (1:300). В більшості випадків розсмоктується на протязі першого року, не заважає зору. В рідких випадках потрібна повторна операція (1:2000). Можливі також індивідуальні ускладнення та реакції, які не передбачені даним узгодженням.
7. Я інформований про розвиток пресбіопії. Це віковий процес слабкості та погіршення акомодації. Виникає практично у всіх людей. Потрібні окуляри на близьку відстань.
 8. Я інформований про можливість більш тривалого періоду відновлення зору в зв'язку зі зниженою слізозо продукцією.
 9. Я інформований про можливе зниження максимальної гостроти зору.
 10. Я інформований про бальовий ефект після корекції.

Медичний центр

Директор _____

В.В. Цибульський

Пацієнт

_____ (_____)

Додаток №2

**до Договору про надання медичних
послуг №_____ від_____р**

м. Київ

«_____» 2023р.

**Інформація, про структуру вартості процедури ексимер-лазерної
корекції зору методом субепітеліальної фоторефракційної кератектомії
LASEK/ SuperLASEK, Trans PRK Streamlight.**

Я, _____,
інформований про те, що у вартість процедури входить: виконання ексимер-лазерного
випаровування рогівки за обраним методом та післяпроцедурні огляди на 5 добу, та наступні
огляди на протязі 5 тижнів за потребою.

Післяопераційні огляди включають: перевірку гостроти зору, автокераторефрактометрію
(автоматичне вимірювання показників заломлюючої здатності рогівки та заломлюючої
сили оптичної системи ока), вимірювання очного тиску, проведення кератотопографії
(топографія заломлюючої сили рогівки), біомікроскопія переднього відділу ока.

Медичний центр

Пацієнт

Директор

В.В. Щибульський

_____ (_____)

Додаток №3

до Договору про надання медичних послуг

№_____ від_____.р.

м. Київ

«____»_____ 2023р.

, надалі «Пацієнт», з однієї Товариство сторони, та Товариство з обмеженою відповідальністю «Печерський центр офтальмології», в особі директора Цибульського Віталія В'ячеславовича, яка діє на підставі Статуту, з іншої сторони, підписали цей Додаток до Договору про надання медичних послуг №_____ від «____»_____ 2023 р. про те що:

Процедура лазерної корекції зору методом Ласек (LASEK)/ SuperLASEK, Trans PRK Streamlight буде проведена Пацієнту «____»_____ року о «____»:«____» год. за адресою:

м. Київ, вул. Коперника, 12 Д.

Медичний центр

Пацієнт

Директор

_____ В.В. Цибульський

_____ (_____)

ПАМЯТКА ПАЦІЕНТУ після процедури ексимер-лазерної корекції зору методом лазерного субепітеліальної фоторефракційної кератектомії Ласек (LASEK)/ SuperLASEK, Trans PRK Streamlight.

Вельмишановний(а)_____

Вам виконано ексимер - лазерна корекція зору! Протягом 1-3 годин після проведення процедури будуть відмічатися відчуття стороннього тіла в оці, слізозотеча, світлобоязнь . Тому в першу добу може бути необхідно прийом знеболюючих засобів . Для захисту від яскравого світла користуйтесь сонцезахисними окулярами.

Намагайтесь оберігатись від перебування на протягах. Умивайтесь обережно, щоб не травмувати проопероване око. Можна купатись, мити голову (при потраплянні в око води, необхідно додатково закрапати прописані вам краплі). Режим харчування може бути звичайним.

СХЕМА ЗАКАПУВАННЯ КРАПЕЛЬ

За тиждень до процедури	1-2 крапля 4-6 разів 7 днів	
Теалоз Дуо	Для пацієнтів з вираженою ДМЗ («сухим оком»)	
або	Також ці краплі треба закапувати після проведення процедури та постійно при роботі за комп'ютером , кожні 2 години,	
Хіло комод Форте	не менш ніж ТРИ МІСЯЦІ	

Ваш лікар _____

Медичний центр

Директор

Пацієнт

В.В.Цибульський

(_____)

