

ОБРАЗЕЦ

Договор оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

[место подписания договора]

[число, месяц, год]

Общество с ограниченной ответственностью «БАЛТСТАР» (ООО «БАЛТСТАР») именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице Генерального директора Савельевой Оксаны Александровны, действующего на основании Устав и бессрочной лицензии № Л041-01148-78/00630430 от 06.12.2022 г., выданной Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга: 191023, г. Санкт-Петербурга, Малая Садовая ул., 1, +7 (812) 635- 55 63, с одной стороны,

и Ф.И.О. , дата и год рожд., именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель с другой стороны, а вместе именуемые Стороны заключили настоящий договор о нижеследующем: [фамилия, имя, отчество заказчика], именуемый в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя, обязуется оказать ему медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий (далее - медицинская помощь) в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Потребитель обязуется оплатить данную помощь. В случае если оказываемая по данному договору медицинская помощь входит в соответствующую программу добровольного медицинского страхования, их оплата осуществляется страховой организацией.

1.2. Исполнитель оказывает медицинскую помощь с использованием Единой системы, государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, медицинских информационных систем медицинской организации, иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг (далее - иные информационные системы).

1.3. Исполнитель оказывает медицинскую помощь дистанционно с использованием [указать наименование интернет-сервиса], предоставляемого [указать наименование организации, являющейся оператором иных информационных систем; ее место нахождения; контактную информацию].

1.4. Срок оказания медицинской помощи [вписать нужное].

1.5. Перечень профилей оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий включает в себя: [вписать нужное].

2. Порядок и условия оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий

2.1. В рамках настоящего договора Исполнитель оказывает Потребителю медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий в виде устных или письменных консультаций по вопросам, отнесенным к компетенции врача, проводящего консультацию. Консультации по вопросам [вписать нужное] не предоставляются.

2.2. Медицинская помощь оказывается Исполнителем добросовестно, с соблюдением норм действующего законодательства РФ, с учетом специфики оказания медицинской помощи дистанционным способом.

2.3. Медицинская помощь в случае консультации по предварительной записи осуществляется врачом, который был выбран Потребителем самостоятельно.

Медицинская помощь в случае срочной консультации осуществляется врачом, который в данный момент находится в системе (онлайн).

2.4. Вся информация об Исполнителе, операторе информационной системы, врачах, проводящих консультации, размещается в открытом доступе на сайте: [вписать нужное].

2.5. Документы, содержащие информацию об установленных диагнозах, перенесенных заболеваниях, об имеющихся противопоказаниях и аллергических реакциях, Потребитель передает Исполнителю до или во время консультации в виде скан-копии с использованием сервиса [вписать нужное].

К данным документам применяются следующие технические требования: [вписать нужное].

2.6. При проведении консультаций Потребителя с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного Потребителю лечения, в том числе формирование рецептов на лекарственные препараты в форме электронного документа, при условии установления лечащим врачом диагноза и назначения лечения по данному обращению на очном приеме (осмотре, консультации).

2.7. В случае обращения Потребителя без предварительного установления диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации) медицинское заключение может содержать рекомендации о необходимости проведения предварительных обследований в случае принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

2.8. Информация, указанная в пунктах 2.6. и 2.7. настоящего договора, направляется в электронном виде Потребителю, либо обеспечивается дистанционный доступ к соответствующим данным, в том числе путем ее размещения на информационном ресурсе, посредством которого осуществляется консультация.

2.9. Результатом консультации является медицинское заключение или, при условии предварительного установления диагноза на очном приеме (осмотре, консультации) по данному обращению, - соответствующая запись о корректировке ранее назначенного лечения в медицинской документации пациента лечащим врачом, в том числе формирование рецепта на лекарственный препарат в форме электронного документа, назначение необходимых дополнительных обследований, выдача справки (медицинского заключения) в форме электронного документа.

Врач (участники консилиума) несет ответственность за рекомендации, предоставленные по результатам консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий, в пределах данного им медицинского заключения.

2.10. В случае возникновения необходимости предоставления дополнительной медицинской помощи, не предусмотренной настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

Исполнитель не вправе предоставлять дополнительную помощь без согласия Потребителя.

2.11. В случае оказания медицинской помощи по предварительной записи Потребитель самостоятельно осуществляет запись на консультацию к определенному врачу и в назначенное время происходит соединение врача с Потребителем.

2.12. В случае срочной консультации медицинская помощь может быть оказана в любое время при условии наличия врача в данный момент в системе (онлайн). В этом случае Потребитель отправляет запрос на оказание медицинской помощи, свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн) связывается с Потребителем. Если на данный момент свободных врачей нет, то с Потребителем связывается первый освободившийся или вошедший в систему врач.

В случае если Потребитель уже не находится в системе, врач пытается установить с ним связь.

Если Потребитель в течение [значение] дней не появился в системе, медицинская помощь

считается оказанной.

2.13. Если после отправки запроса на оказание медицинской помощи Потребитель решит отказаться от нее, он обязан незамедлительно сообщить об этом Исполнителю.

3. Технические вопросы, связанные с оказанием медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий

3.1. Исполнитель оказывает медицинскую помощь дистанционно в режиме реального времени с использованием [указать наименование интернет-сервиса], предоставляемого [указать наименование организации, являющейся оператором иных информационных систем, ее место нахождения; контактную информацию].

3.2. Для получения медицинской помощи Потребитель может использовать следующее оборудование: [вписать нужное].

Оборудование должно соответствовать следующим требованиям: [вписать нужное].

3.3. Перед оказанием медицинской помощи Исполнитель проводит проверку соответствия оборудования Потребителя требованиям, указанным в п. 3.2. настоящего договора

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Оказать медицинскую помощь в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4.1.2. Разместить информацию о себе, об операторе информационной системы, о врачах, проводящих консультации, в открытом доступе на сайте: [вписать нужное].

4.1.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинской помощи по настоящему договору.

4.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

4.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанной Потребителю медицинской помощи, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.

4.1.6. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинской помощи, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

4.1.7. [Иные обязанности].

4.2. Исполнитель вправе:

4.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций врача, предоставляющего медицинскую помощь, а также выявления противопоказаний к оказываемой медицинской помощи.

4.2.2. [Иные права].

4.3. Потребитель обязуется:

4.3.1. Оплатить стоимость предоставленной Исполнителем медицинской помощи в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором.

4.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

4.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинской помощи по настоящему договору.

4.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения.

4.3.5. **[Иные обязанности]**.

4.4. Потребитель имеет право:

4.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемой им медицинской помощи.

4.4.2. При предварительной записи на консультацию выбрать врача, который ее проведет.

4.4.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

4.4.4. **[Иные права]**.

4.5. Потребитель дает свободно, по своей воле и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

5. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

5.1. Стоимость медицинской помощи, оказываемой по настоящему договору, определяется на основании **[вписать нужное]** и составляет **[сумма цифрами и прописью]** рублей.

5.2. Оплата по договору осуществляется в безналичном порядке следующим способом: **[вписать нужное]**.

5.3. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемой Потребителю медицинской помощи, предусмотренной настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанную медицинскую помощь.

6. Ответственность сторон

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

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной медицинской помощи, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Риск причинения вреда жизни и здоровью Потребителя при оказании медицинской помощи, связанный с профессиональной медицинской деятельностью, застрахован по договору **[реквизиты договора]**.

6.4. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинской помощи в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье, либо вызванных медицинскими показаниями.

6.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств, препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

7. Конфиденциальность

7.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

7.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

8. Документирование и хранение информации, полученной по результатам оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

8.1. Документы, а также аудио- и видеозаписи консультаций и консилиумов врачей, текстовые сообщения, голосовая информация, изображения, иные сообщения в электронной форме (далее - документы), полученные в результате оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами (их законными представителями), хранятся: [вписать нужное].

8.2. Документы подлежат внесению в электронную медицинскую карту пациента медицинской информационной системы Исполнителя.

8.3. Хранение документов осуществляется в течение сроков, предусмотренных для хранения соответствующей первичной медицинской документации.

Срок хранения сопутствующих материалов составляет один год.

8.4. Предоставление доступа к документации и сопутствующим материалам в течение сроков их хранения осуществляется в соответствии с требованиями настоящего Порядка, законодательства Российской Федерации.

8.5. Хранение документации в случае использования Единой системы, государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, медицинской информационной системы медицинской организации, иной информационной системы обеспечивается средствами указанных систем.

8.6. Предоставление документации (ее копий) и выписок из нее Потребителю (законному представителю Потребителя) осуществляется в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

9. Заключительные положения

9.1. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

9.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

9.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинской помощи договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

9.4. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

9.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

10. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель

ООО «БАЛТСТАР»
Адрес: 197082, Санкт-Петербург, вн.тер.г.муниципальный округ № 65,
ул. Оптиков, д. 37, стр. 1, помещ. 142-Н
ОГРН 5067847030301 ИНН 7840339803 КПП 781401001
Р/с 40702810490550001020 Банк ПАО «Банк «Санкт-Петербург» г.
Санкт-Петербург
К/с 30101810900000000790, БИК 044030790.
E-mail: balt.star@mail.ru
Телефон: 8(812)240-23-03

Потребитель

Ф.И.О.:
Дата рождения:
Адрес фактического проживания:
Адрес регистрации:
Паспорт
Выдан:
Телефон:
Почта:
Подпись:
Ф.И.О.

Информированное добровольное согласие на проведение телемедицинской консультации (к договору № _____ от _____)

Я, [Ф. И. О. пациента/законного представителя] [число, месяц, год] г.р., зарегистрированный по адресу: [вписать нужное], настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 19 Федерального закона от _____ Информированное добровольное согласие на проведение телемедицинской консультации

Я, [Ф. И. О. пациента/законного представителя] [число, месяц, год] г.р., зарегистрированный по адресу: [вписать нужное], настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о необходимости проведения телемедицинской консультации по поводу:

а) моей болезни

б) болезни [Ф. И. О. представляемого лица, недееспособного] представляемого мной на основании [наименование и реквизиты правоустанавливающего документа, кем, когда выдан].

1. Я получил(а) полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы об условиях, целях и задачах проведения телемедицинской консультации.

2. Я добровольно, в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) телемедицинской консультации специалиста экспертной медицинской организации (по выбору моего лечащего врача).

3. Я понимаю необходимость проведения телемедицинской консультации, проинформирован(а) о рисках и пользе телемедицинской консультации.

4. Я осознаю, что полученные в результате телемедицинской консультации заключения будут иметь рекомендательный характер, и что дальнейшее ведение случая моей болезни (болезни лица, законным представителем которого я являюсь) будет осуществляться по решениям непосредственно лечащего врача.

5. Я оповещен(а), что информация обо мне (лице, законным представителем которого я являюсь) и моих медицинских данных (медицинских данных лица, законным представителем которого я являюсь) будет конфиденциальной и может быть раскрыта только в ситуациях, предусмотренных ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

6. Не возражаю против передачи данных о заболевании посредством ГИСЗ СО лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

7. Я удостоверяю, что текст информированного согласия на телемедицинскую консультацию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

[число, месяц, год] [подпись, инициалы, фамилия пациента или его законного представителя]

Настоящий документ оформлен [должность, подпись, инициалы, фамилия лечащего врача, заведующего отделением медицинской организации, другого специалиста, принимающего непосредственное участие в обследовании и лечении по результатам предварительного

информирования пациента (законного представителя) о состоянии его здоровья (здоровья представляемого)]

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями (с расшифровкой) медицинских сотрудников медицинской организации:

[число, месяц, год] [подпись, инициалы, фамилия]

[число, месяц, год] [подпись, инициалы, фамилия]

СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ на передачу персональных данных в ЕГИСЗ
(к договору № _____ от _____)

Я,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)

Телефон +7-_____

Документ, _____ удостоверяющий _____ личность

адрес _____ места _____ регистрации _____ :

адрес электронной почты (при наличии) _____

в соответствии с подпунктом «е» пункта 6 Постановления Правительства РФ от 1 июня 2021 г. N 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства РФ» _____

отметка о даче согласия / отказа

согласие/отказ на передачу следующих моих персональных данных (**персональных данных представляемого мною лица**) **Обществом с ограниченной ответственностью «БАЛТСТАР», расположенное по адресу: 197082, Санкт-Петербург г, вн.тер.г. муниципальный округ № 65, ул. Оптиков, д. 37, стр. 1, пом. 142-Н, (ИНН 7840339803 КПП 781401001 ОГРН 5067847030301), в ЕГИСЗ:** фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, гражданство, семейное и социальное положение, место работы и занимаемая должность, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), Сведения о заболеваниях (состояниях), Сведения о назначенных и отпущенных лекарственных препаратах с указанием средств идентификации лекарственных препаратов (кроме розничной продажи), специализированных продуктах лечебного питания, Сведения об оказанной медицинской помощи, Направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, Документы, формируемые при направлении пациентов в федеральную медицинскую организацию (направление на госпитализацию в федеральную медицинскую организацию, выписка из медицинской документации, сведения о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя), Сведения, содержащиеся в талоне на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, Сведения об отказе в госпитализации или о необходимости изменения плановой даты госпитализации, Результаты оказания высокотехнологичной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи, рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или)

лечению и медицинской реабилитации, Медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием и медицинское заключение об отсутствии в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, Сведения о наличии оснований для внеочередного медицинского освидетельствования и об аннулировании действующего медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием (при наличии такого заключения), Медицинское свидетельство о смерти и перинатальной смерти (далее - документ о смерти), сведения об умершем лице, предусмотренные формой документа о смерти, Медицинские свидетельства о рождении, сведения о родившемся, предусмотренные формой документа о рождении. Иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Отказ о предоставлении данных СНИЛС

«___» _____ 20__ г. мне было предложено предоставить данные СНИЛС (Ф.И.О., дата рождения, идентификационный номер СНИЛС), для предоставления моих персональных данных в ЕГИСЗ.

Я не даю своё согласие на передачу данных СНИЛС ООО «БАЛТСТАР» в том числе передачу в ЕГИСЗ.

Дальнейших претензий к организации ООО «БАЛТСТАР» по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

Настоящее согласие/отказ действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления. не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

Дата: _____ 20 _____ г.

(дата)
(подпись, Ф.И.О.)

ОБРАЗЕЦ

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение к договору _____ от _____)

Я, **ФИО ПОТРЕБИТЕЛЯ** _____

Дата _____ и _____ год _____ рождения, зарегистрированный _____ по адресу:

_____ проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

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 г. N 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «БАЛТСТАР»

Медицинским работником Врач, ФИО (к которому записан пациент)

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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.

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 г. N 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
ФИО, +7*****

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя,
телефон)

ФИО, Врач (к которому записан пациент)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

----- Г.