ООО «Кловер Клиник»

г.Минск, ул.Воронянского,40

тел. +375 (17) 236 40 42

7775

rclinic.by

**Договор**

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ООО «Кловер Клиник», именуемый в дальнейшем «Центр», в лице директора Гауль Н.Ч., действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. **Предмет договора.**
   1. Согласно настоящему договору, Центр обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги, согласно лицензии МЗ РБ №32230000079452, действующей с 18.12.2023.
2. **Права и обязанности сторон.**
   1. Центр обязуется:
      1. Оказать на возмездной основе необходимую медицинскую помощь и услуги Пациенту в соответствии с настоящим договором. Информировать Пациента об особенностях выбранного хирургического вмешательства и возможных осложнениях, согласно Приложению, которое является неотъемлемой частью договора.
      2. Обеспечить Пациенту надлежащие условия пребывания и квалифицированный уход.
      3. Провести оперативное вмешательство в соответствии с практикой хирургии и пластической хирургии в том числе, а также получить надлежащий результат в рамках возможностей выбранного метода в соответствии с физиологическими особенностями и состоянием Пациента.
      4. Провести в полном объёме комплекс необходимых лечебных мероприятий в соответствии с оперативным вмешательством.
      5. Привлекать для обслуживания Пациента квалифицированных специалистов.

Центр вправе отказать Пациенту в предоставлении услуг по настоящему договору, если Пациент находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также в случае, если согласно предоставленным Пациентом документам для хирургического вмешательства, имеются противопоказания.

* 1. Пациент принимает на себя обязательства:
     1. Пройти дооперационное обследование согласно плану обследования и предоставить необходимые документы.
     2. Оплачивать оказываемые услуги в порядке, предусмотренном настоящим договором.
     3. Строго соблюдать все указания и рекомендации врача согласно Приложению.
     4. Не распространять сведения, носящие личный, не для распространения, характер о других Пациентах.
     5. Возмещать убытки, понесенные Центром вследствие противоправных действий Пациента при нарушении правил внутреннего распорядка.
  2. Пациент имеет право:

2.3.1 Отказаться от отдельных услуг, оказываемых Центром, в случае нарушения им законодательства о здравоохранении.

2.3.2. Отказать Центру частично или полностью в оплате за оказанные не в полном объеме услуги, предусмотренные настоящим договором.

Претензии предоставляются Центру в предусмотренном законом порядке. Стоимость лекарственных средств и изделий медицинского назначения подлежит возмещению в полном объеме.

1. **Порядок расчетов.**
   1. Оплата оказанных услуг, а также пребывание Пациента в Центре, определяется на основании Прейскуранта, действующего на момент оказания услуг.
   2. Дополнительно в счет на оплату оказанных услуг включаются затраты на медикаменты и расходные материалы, используемые при проведении Пациенту требуемого оперативного вмешательства, а также при оказании медицинской помощи в период реабилитации.
   3. Расчет за оказанные услуги производится Пациентом в день выписки путем внесения денежных средств в кассу Центра.
2. **Ответственность сторон.**
   1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств, предусмотренных настоящим договором, стороны несут ответственность, в порядке, установленном действующим законодательством, а также условиями настоящего договора.
   2. В случае несвоевременной оплаты оказанных услуг, а также дополнительных счетов за использованные лекарственные средства и изделия медицинского назначения, Пациент оплачивает пеню в размере 1% (один процент) от неоплаченной в срок суммы за каждый день просрочки.
   3. При возникновении убытков, причиненных Пациентом, при выполнении Центром принятых на себя обязательств, Пациент компенсирует причиненный ущерб в течение 3 банковских дней. Обязательство по расчету размера ущерба и доказательства его причинения Центр принимает на себя.
   4. В случае доказанного нарушения прав, предусмотренным настоящим договором, ухудшения состояния Пациента, вследствие неправильных медицинских манипуляций, действий или бездействия работников Центра, последние обязуются устранить их за свой счет.
3. **Дополнительные условия.**
   1. Проведение дополнительного обследования, особенно включающего дорогостоящие виды, производится с согласия Пациента, о чем делается отметка в истории болезни и подпись Пациента.
   2. Лечащий врач обязан предупредить Пациента о последствиях, наступающих при несоблюдении Пациентом врачебных рекомендаций и назначений, а также в случае отказа от дальнейшего лечения.
   3. Все изменения, дополнения и приложения будут являться неотъемлемой частью настоящего договора.
   4. Договор составлен на русском языке, в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, имеющих равную юридическую силу.
   5. Спорные вопросы, возникающие при исполнении обязательств по настоящему договору, решаются в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.
   6. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до момента исполнения сторонами принятых на себя обязательств.

Планируемый объем медицинских услуг\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С предварительной стоимостью медицинских услуг в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и порядке расчетов ознакомлен (а) и согласен (а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

|  |  |
| --- | --- |
| «Пациент»  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. | ООО «Кловер Клиник»  220007, г.Минск, ул.Воронянского, д.70, пом.177  УНП 193213795  ОКПО 502762795000  Р/с BY48UNBS30121479400000001933  в ЗАО «БСБ Банк» г.Минска, пл.Свободы, 4  БИК UNBSBY2X  Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. |

Приложение к Договору от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

внимательно прочитал(а) следующую информацию и своей подписью подтверждаю понимание данной информации и даю согласие на выполнение оперативного вмешательства.

Предоперационные и послеоперационные рекомендации:

1. Избегайте приема контрацептивов, аспирина и других препаратов, влияющих на реологические свойства крови за две недели до операции и в течение недели после нее.

2. Курение ухудшает кровоснабжение тканей и тем самым способствует развитию послеоперационных осложнений. Процессы заживления протекают медленнее, а результаты сохраняются менее продолжительно, поэтому курение необходимо в послеоперационный период оставить.

3. Алкоголь отрицательно действует на свертывающую систему крови и на функции печени. Избегайте употребление алкоголя накануне операции и в послеоперационный период.

4. Обязательно сообщите врачу накануне операции об имеющихся хронических заболеваниях, приеме всех лекарственных препаратов, имплантированных медицинских приборах и об установленных эндопротезах.

5. Обязательно сообщите врачу о возникшем ухудшении самочувствия (ОРЗ, менструация, др.)

6. Обязательно сообщите врачу об аллергических реакциях на медицинские препараты и о перенесенных ранее медицинских вмешательствах и заболеваниях.

Если вы приняли решение об оперативном вмешательстве, Вам следует знать:

1. Две половины человеческого тела вообще и лица в частности, имеют некоторые различия в форме и размерах, и эти различия могут оставаться после операции.

2. В эстетической, реконструктивной, и пластической хирургии врач не может на сто процентов гарантировать получение желаемого результата.

3. Если оперативное вмешательство производится с целью коррекции неудачного результата предыдущей операции, можно добиться улучшения эстетического эффекта, но доктор и Центр не может гарантировать вам сто процентный желаемый результат.

4. До и после операции производится обязательное фотографирование оперируемой области.

5. При проведении операции возможно развитие любых общехирургических и анестезиологических осложнений вплоть до летального исхода (аллергические реакции, анафилактический шок, кровотечения, инфицирование, некроз кожи и мягких тканей, тромбофлебиты, эмболии, осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы).

6. Отеки и синяки могут сохраняться до нескольких недель. Их выраженность и сроки исчезновения индивидуальны. Чувствительность кожи часто возвращается только лишь спустя нескольких месяцев, а нередко изменяется навсегда (усиливается либо ослабевает вплоть до анестезии).

7. После снятия швов и повязки наступает период выздоровления (реабилитации). Только по его завершении достигается оптимальный результат. Для больших операций (хирургическая подтяжка, абдоминопластика, пластика бедер и ягодиц) он продолжается до полугода. Для ассистированной лазером липосакции до 9-12 месяцев, ринопластики до 12 месяцев.

8. Необходимо избегать любой напряженной работы в течение 3-х недель после операции. После абдоминопластики, пластики бедер и ягодиц физическая активность возможна не ранее, чем через 3 месяца.

9. После абдоминопластики, пластики бедер и ягодиц, маммопластики, липосакции необходимо ношение специальных эластических бандажей или повязок в течение от 3-х до 6-ти недель, снимая их только для мытья. Затем можно перейти на ношение поддерживающей одежды сроком еще до 3-х месяцев. После увеличения груди с подмышечным расположением импланта возвращение к активным занятиям спортом возможно не ранее, чем через 3 месяца.

10. Косметику, в большинстве случаев, можно использовать на второй, третий день после операции. На месте разреза косметические препараты могут быть использованы после снятия швов и повязки.

11. Послеоперационный рубец следует предохранять от прямого солнечного света в течение 12 месяцев после операции.

12. Эстетический вид рубца зависит в большинстве случаев от индивидуальных особенностей тканей пациента. При склонности ткани к избыточному рубцеванию, возможно образование келоидных рубцов.

В некоторых случаях врач может давать дополнительные рекомендации, соблюдение которых необходимо. При этом всегда нужно понимать, что оперативное вмешательство требует ответственности не только врача, но и самого пациента после проведения операции. Если пациент будет тщательно соблюдать все рекомендации в послеоперационный период, то негативные последствия будут сведены к минимуму и пройдут в течение реабилитационного периода.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) ФИО