Договор № 120260401 от 01.04.2026 г.
об оказании платных медицинских услуг

г. Новосибирск, ул. Гнесиных, д. 10/1, пом. 404.

ООО «Лазерус», ОГРН 1125476137258, ИНН 5408296988, внесенное в Единый государственный реестр юридических лиц Межрайонной инспекцией налоговой службы № 13 по Новосибирской области 10.09.2012 г., в подтверждение чего выдан лист записи ЕГРЮЛ и свидетельство постановки на учет в налоговом органе 54 № 004633793, и действующее на основании лицензии № Л041-01125-54/00315127, выданной 25.03.2019 г. Министерством здравоохранения Новосибирской области, в лице директора Кот Марии Николаевны, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и гр.

ФИО: Иванов Иван Иванович,
Дата рождения: «01» января 2000 г.,
Паспорт: серия 5000 № 000000,
Кем выдан: ГУ МВД России по Новосибирской области,
Дата выдачи: «01» января 2020 г. Код: 540-000,
Адрес регистрации: г. Новосибирск, ул. Гнесиных, д. 10/1, пом. 404,
Телефон для связи: +7 (913) 912-19-21,

именуемый в дальнейшем Потребитель (Пациент), именуемые вместе и по отдельности Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Потребителю (Пациенту) на платной основе медицинские услуги по следующим направлениям (в соответствии с номенклатурой работ и услуг): при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу в косметологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии, косметологии, организации здравоохранения и общественному здоровью.
Потребитель (Пациент) обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг в соответствии с приложением к договору, а также выполнять требования специалистов Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Потребителю (Пациенту), оговариваются действующим Прейскурантом (перечнем услуг), утвержденным Исполнителем. Окончательная стоимость услуги отражается в Приложении к договору (дополнительное соглашение к договору оказания платных медицинских услуг).

2. Условия и порядок оказания услуг

2.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору по адресу: г. Новосибирск, ул. Гнесиных 10/1, пом. 404, 630055.
2.2. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя (Пациента) на прием в дни и часы работы Исполнителя посредством телефонной связи и сети Интернет, или при очном посещении.
2.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Потребителем (Пациентом) в полном объеме после оказания услуги.
2.4 Потребитель (Пациент) подтверждает, что проинформирован о возможности получения медицинской помощи бесплатно по полису ОМС в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий в государственных медицинских организациях по месту прикрепления. ООО «Лазерус» не участвует в реализации программ государственных гарантий; медицинские услуги оказываются на возмездной основе за счёт средств Потребителя (Пациента).

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:
3.1.1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.
3.1.2. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.
3.1.3. Обеспечить Потребителя (Пациента) информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, сведения о квалификации и сертификации специалистов, сведения о правилах выдачи медицинской документации.
3.1.4. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов и/или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения.
3.2. Права и обязанности Потребителя (Пациента):
3.2.1. Потребитель (Пациент) имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.
3.2.2. Информация, содержащаяся в медицинских документах Потребителя (Пациента), составляет врачебную тайну и может предоставляться без его согласия только по основаниям, предусмотренным законодательством РФ. Медицинские документы выдаются Потребителю по заявлению, в установленные сроки.
3.2.3. Потребитель (Пациент) подписывает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Потребителя (Пациента) не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Потребителя решает лечащий врач.
3.2.4. Потребитель (Пациент) обязуется надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора.
3.2.5. Потребитель (Пациент) информирован, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента, обязуется содействовать лечебному процессу, своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора и изменяющих план лечения, течение лечебного процесса и периода реабилитации.
3.2.6. Подписывая настоящий договор, Потребитель (Пациент) подтверждает, что он ознакомлен с правилами внутреннего распорядка медицинского учреждения, понимает их содержание и полностью согласен соблюдать указанные правила.

3.2.7. Потребитель (Заказчик) обязуется заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги.

4. Ответственность сторон

4.1. Исполнитель несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем (Пациентом) условий и невыполнение обязательств по настоящему Договору.

5. Сроки исполнения договора

Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств по нему сторонами.

6. Рассмотрение споров

Все споры и разногласия, возникающие в связи с исполнением настоящего договора, стороны стремятся урегулировать путём переговоров. В случае невозможности достижения согласия, спор подлежит рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Претензии потребителя по качеству оказанных медицинских услуг рассматриваются Исполнителем в письменной форме в срок, не превышающий 10 (десяти) календарных дней с момента их получения.

7. Добровольное информированное согласие на обработку и хранение персональных данных

7.1. В соответствии со ст. 9 и 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ Потребитель (Пациент) даёт согласие ООО «Лазерус» на обработку своих персональных данных: общих (ФИО, дата рождения, паспорт, адрес, телефон) и специальных категорий (состояние здоровья, анамнез, диагноз, данные дерматоскопии, ход лечения и результаты морфологических исследований). Обработка осуществляется исключительно в целях исполнения настоящего Договора, оказания медицинской помощи, ведения амбулаторной карты и взаимодействия с аккредитованными лабораториями при проведении гистологии. Согласие включает сбор, запись, хранение, использование, передачу биоматериала в лаборатории и уничтожение данных с соблюдением врачебной тайны (ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ).

7.2. Согласие действует в течение срока исполнения Договора и обязательных архивных сроков хранения медицинской документации (25 лет). Отзыв согласия осуществляется письменным заявлением или письмом на lazerusnsk@mail.ru за исключением случаев, когда обязанность хранения возложена на клинику законом.

Исполнитель:
ООО «Лазерус»
Адрес: 630055, г. Новосибирск,
ул. Гнесиных, д. 10/1, пом. 404,
ОГРН: 1125476137258 • ИНН: 5408296988 • КПП: 540801001,
Лицензия: № Л041-01125-54/00315127 от 25.03.2019 г.,
Тел.: +7 (383) 214-19-21, +7 (913) 912-19-21,
E-mail: lazerusnsk@mail.ru.

Потребитель (Пациент):
Иванов Иван Иванович,
Паспорт: серия 5000 № 000000,
выдан: 01.01.2020,
Адрес регистрации:
г. Новосибирск, ул. Гнесиных д. 10/1, пом. 404
Телефон: +7 (913) 912-19-21

_____, директор Кот Мария Николаевна

_____, Иванов Иван Иванович

М.П

1 апреля 2026 г.

Информированное добровольное согласие пациента на первичный осмотр

Я, Иванов Иван Иванович, в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» 323-ФЗ,
даю информированное добровольное согласие на оказание
мне/моему ребенку (нужное подчеркнуть) следующих медицинских услуг:
Первичный осмотр, проведение дерматоскопического исследования.

1. Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве (первичном осмотре), я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов.
2. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения.
3. Мне даны исчерпывающие ответы и разъяснения на все заданные мной вопросы.
4. Мне известно, что медицинский работник (врач), не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства, в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма.
5. Я ознакомлен с правилами внутреннего распорядка, и я даю разрешение медицинским работникам проводить необходимые диагностические мероприятия, а также даю согласие на фотодокументацию.
6. В соответствии с приказами Минздрава России № 390н от 23.04.2012 г, и № 1051н от 12.11.2021,
Я даю согласие на проведение, при необходимости, следующих вмешательств:
6.1 Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
6.2 Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация;
6.3 Антропометрические исследования, термометрия, тонометрия;
6.4 Введение лекарственных препаратов, по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

Первичный осмотр будет проведен специалистом соответствующей квалификации с соблюдением соответствующих стандартов оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций, с соблюдением санитарно-эпидемиологических правил.

Я внимательно ознакомился/ознакомилась с данным документом, являющимся неотъемлемой частью договора на оказание платных услуг и медицинской карты пациента.

Ф.И.О. ребенка (если медицинское вмешательство будет осуществлено в отношении пациента, не достигшего возраста 15 лет):

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 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).
Ф.И.О гражданина: _____тел. _____

Ф.И.О. полностью и подпись пациента: Иванов Иван Иванович, _____

Ф.И.О. полностью и подпись врача: Кот Мария Николаевна, _____

Дата: 1 апреля 2026 г.

Информированное добровольное согласие пациента на медицинские вмешательства для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи

1. Я, Иванов Иван Иванович, даю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства, которые будут проведены по причинам: наличие заболевания, патологического процесса, дефектов кожи, ее придатков и новообразований, или предположение о наличии оных; моё желание (или моего законного представителя) провести

мне/моему ребенку (нужное подчеркнуть)

диагностику, лечение, коррекцию кожи, ее придатков, новообразований, при следующих диагнозах (по Международной Классификации Болезней): L00-L99 (болезни кожи и подкожной клетчатки), B07 (вирусные бородавки), D17 (доброкачественные образования жировой клетчатки), D22 (меланоформный невус), D23 (другие доброкачественные новообразования кожи), D18 (гемангиома любой локализации); а также при эстетических и возрастных изменениях кожи.

2. Мне разъяснены и понятны: суть, методы и этапы медицинских вмешательств (дерматоскопическое, гистологическое исследования кожи, ее придатков и новообразований; фотодокументация, лазерное лечение кожи, её придатков и новообразований; лазерная деструкция и коррекция дефектов кожи, её придатков и новообразований; аппаратные методы воздействия на кожу видами энергий: радиоволновой, световой, электрической), цели медицинского вмешательства (диагностика, профилактика патологических состояний и изменений моего организма; лечение, коррекция дефектов кожи, её новообразований и придатков; профилактика и коррекция возрастных изменений кожи).

3. Я знаю о противопоказаниях к медицинским вмешательствам: абсолютных – острые инфекционные, воспалительные процессы кожи и организма, сопровождающиеся температурой, ознобом; хронические заболевания в стадии обострения и декомпенсации, психические заболевания; индивидуальная непереносимость лазерного излучения, лекарственных препаратов и медицинских изделий, аллергические реакции на них; относительные противопоказания – хронические заболевания разных стадий, нарушения свертываемости крови; аутоиммунные, онкологические заболевания (во всех случаях нужна консультация лечащего врача).

4. Я осознаю, что есть риски при проведении медицинских вмешательств, возможны осложнения и побочные явления:

4.1 Покраснения, отеки, гематомы, синяки, корочки, шелушение, изменения цвета кожи, рубцы, ранки, болезненность во время и после медицинского вмешательства;

4.2 Непереносимость лекарственных средств и медицинских изделий, аллергические реакции на них. О переносимости инъекционных (Лидокаин, Ультракаин, Артикаин) и местных аппликационных анестезирующих кремов, я сообщил врачу перед процедурой, при непереносимости и возможной нежелательной реакции на препараты, врач его не применяет.

5. Срок окончательного заживления варьируется; возможно возникновение гиперпигментации, связанной с особенностями кожных покровов, течением периода заживления, с несоблюдением или неточным следованием рекомендациям врача. возможна индивидуальная нечувствительность пациента к медицинским вмешательствам (в том числе аппаратным), эффект, в связи с этим может быть неполным или отсутствовать.

6. Я понимаю, что в ряде случаев для лечения требуется курс процедур; одной процедуры для лечения заболеваний, дефектов, новообразований, придатков, коррекции возрастных изменений кожи недостаточно.

7. Я знаю, что может возникнуть временная нетрудоспособность после мед. вмешательства.

8. Мне разъяснены возможные варианты медицинского вмешательства, при которых применяются лазерные технологии, другие виды лечения и воздействия (радиохирургия, криодеструкция, электрокоагуляция), аппаратные методы воздействия на кожу, их преимущества и недостатки; мне рассказано о видах обезболивания, я сообщил(а) о каких-либо ранее возникавших случаях непереносимости или аллергических реакциях со стороны моего организма на лекарства, процедуры.

9. Я осведомлен(а) о предполагаемых результатах мед. вмешательства: диагноз предварительный и гистологический; удаление и/или лечение новообразований кожи, её придатков и подкожной клетчатки; лечение заболеваний, патологических состояний кожи с положительной динамикой; коррекция дефектов, возрастных изменений кожи; о симптомах, возникших после процедур, при которых нужно срочно обратится к врачу: боль, температура, любые вопросы, связанные с периодом заживления и восстановления. Связь осуществляется по телефону, может проводиться онлайн-консультация.

10. Я ознакомлен(а) с планом и предположительными сроками лечения, количеством процедур. Я понимаю и согласен(на) с тем, что возможны изменения в плане, либо тактике лечения, возможно изменение, в связи с этим, окончательной стоимости медицинских услуг.

11. Я предупрежден(а), что во время курса лечения возможны ограничения: двигательной активности, проведения водных процедур, пребывания на солнце, механического воздействия и др.

12. Я согласен(на) выполнять все рекомендации врача после проведения медицинского вмешательства, полученные мною в устной и письменной формах; обязательно применять лечебные, солнцезащитные средства после процедур, в соответствии с рекомендациями врача, так как понимаю, что это необходимо для профилактики осложнений и сокращения срока реабилитации.

13. Я проинформирован(а) о необходимости направления удалённого биологического материала на гистологическое исследование для подтверждения доброкачественного характера образования. В случае моего личного отказа от гистологического исследования я оформляю отдельный письменный отказ и принимаю на себя все связанные с этим риски.

14. При подозрении на злокачественный процесс медицинское вмешательство по удалению не проводится, пациент маршрутизируется в специализированное онкологическое учреждение.

Я внимательно ознакомился/ознакомилась с данным документом, являющимся неотъемлемой частью договора на оказание платных услуг и медицинской карты пациента.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 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).

Ф.И.О гражданина: _____тел. _____

Подпись _____, Иванов Иван Иванович (законный представитель гражданина)

Подпись _____, врач Кот Мария Николаевна Дата: 1 апреля 2026 г.