

Уведомление для Потребителя

До заключения договора «Исполнитель» уведомляет «Потребителя» (законного представителя потребителя) о том, что несоблюдение «казаний (рекомендаций)» «Исполнителя» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения курса или отрицательно сказаться на состоянии здоровья «Потребителя»

ПОТРЕБИТЕЛЬ: _____

ОБРАЗЕЦ

ДОГОВОР №

возмездного оказания платных медицинских услуг

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «АЙ КЬЮ ПЛАСТИК», именуемое в дальнейшем «Клиника», в лице Генерального директора Пикунковой Ирины Александровны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и **Гражданин (ка)**, _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», адрес места жительства: _____

в лице законного представителя (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недееспособным

(Ф.И.О. представителя)

(данный раздел бланка заполняется только законным представителем лиц, не достигших возраста 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения, или недееспособных граждан)

1. Термины и определения Договора:

1.1. Клиника – Общество с ограниченной ответственностью «АЙ КЬЮ ПЛАСТИК», адрес места нахождения: г. Москва, ул. Часовая, д.20, стр. 1, пом. 85 (зарегистрировано Межрайонной инспекцией ФНС России № 46 по г. Москве 30.07.2019 г. за номером ОГРН: 1197746479050), действующее на основании лицензии № ЛО-77-01-021531 от 25 октября 2021 года (дата окончания: бессрочно), выданной Департаментом Здравоохранения г. Москвы, находящееся по адресу: Оружейный пер., д.43, г. Москва, тел.: 8 (495) 777-77-77. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией; При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); гастроэнтерологии; дерматовенерологии; косметологии; мануальной терапии; неврологии; онкологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); пластической хирургии; рентгенологии; рефлексотерапии; травматологии и ортопедии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; клинической лабораторной диагностике; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); пластической хирургии; рентгенологии; сестринскому делу; трансфузиологии; хирургии; при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.

1.2. Пациент – потребитель, физическое лицо, лично получающее Услуги, имеющее намерение получить, либо получающее Услуги лично в соответствии с договором. В случае, когда интересы несовершеннолетнего Пациента представляются родителями или законными представителями (усыновителями, опекунами, попечителями), информация, охраняемая режимом врачебной тайны по настоящему Договору, может быть раскрыта таким представителям, в том числе согласование Услуг и

плана лечения. Согласование планов лечения и подписание документации производится с таким представителем.

1.3. Сторона – именуемый по отдельности Пациент или Клиника.

1.4. Услуги – медицинские действия / вмешательства / манипуляции или комплекс медицинских вмешательств, поименованные в Прейскуранте Клиники и направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию, улучшение эстетического состояния Пациента.

1.5. Прейскурант – утвержденный Генеральным директором перечень оказываемых медицинских услуг и цен на них, действующий на момент оплаты. Прейскурант доступен для публичного ознакомления на официальном сайте Клиники в сети «Интернет» по адресу: iqplastique.ru и на информационном стенде в Клинике. Стоимость конкретных процедур может быть уточнена у соответствующих специалистов Клиники.

2. Предмет договора, срок оказания услуг.

2.1. Клиника обязуется оказывать на платной основе необходимую медицинскую помощь (медицинские услуги, в том числе профилактические, лечебно-диагностические, реабилитационные и др.), в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, ибо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ, Пациенту: _____, а Заказчик добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказанные медицинские услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором, в соответствии с прейскурантом услуг Клиники и установленными в нём ценами на услуги на дату их оказания.

Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту в рамках настоящего Договора, установлены в действующем на момент обращения Пациента в Клинику Прейскуранте.

Пациент (законный представитель пациента) ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего договора.

2.2. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Пациента (законного представителя Пациента).

2.3. Конкретные виды, количество и объем оказания Услуг определяется на приеме при обращении Пациента в Клинику. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению Сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами РФ не предусмотрены другие требования. Пациент (законный представитель пациента) предоставляет Клинике всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью..

2.4. Сроки оказания конкретных медицинских услуг, проведения лечения определяются врачом и/или по согласованию с Пациентом и отражаются в медицинской карте либо в плане лечения, исходя из периода, необходимого для выполнения диагностических и лечебных мероприятий, общего соматического статуса Пациента, его психоэмоционального состояния, наличия у Пациента и врача свободного времени, остроты клинической ситуации. Общая длительность оказания медицинской помощи Пациенту индивидуальна, определяется врачом ориентировочно, исходя из вида услуг, установленного диагноза, динамики течения заболевания, соблюдения Пациентом плана лечения и других факторов, оказывающих или могущих оказать влияние на оказание Услуг.

2.5. Оказание Клиникой медицинских Услуг, в соответствии с лицензией, по настоящему Договору осуществляется по адресу: 125315, г. Москва, ул. Часовая, д.20, стр.1, пом.85.

2.6. Заключая настоящий договор, Пациент самостоятельно использует свое право на выбор платного оказания услуг при получении медицинской помощи на добровольной основе, в рамках договора оказания платных медицинских услуг. При заключении Договора Пациенту (законному представителю пациента) предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также информации о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую медицинскую

услугу (его профессиональном образовании и квалификации), информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи и другие сведения, относящиеся к предмету договора.

3. Стоимость услуг и порядок расчетов.

3.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту по настоящему Договору, определяется в соответствии с Прейскурантом, действующим на дату оказания медицинской услуги Пациенту (если иное не согласовано Сторонами в дополнениях/приложениях к Договору), и указывается в выдаваемом при оплате кассовом чеке, квитанции и дополнительном соглашении, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

3.2. Оплата Услуг осуществляется Заказчиком следующими способами: единовременно в полном объеме до начала оказания Услуг или в два этапа: не менее 10% стоимости до начала оказания услуг вносятся на счет Клиники, а оставшаяся стоимость Услуг оплачивается при выставлении Клиникой счета. При проведении лечения (в том числе хирургического) по настоящему Договору между Клиникой и Пациентом составляется Приложение №1 с указанием перечня услуг и их стоимости.

При оказании Клиникой услуг, связанных с хирургическим лечением, Заказчик оплачивает услуги путем 100% предоплаты или в два этапа: не менее 10% стоимости хирургического лечения вносятся на счет клиники до назначения даты операции. Оставшиеся 90% стоимости хирургического лечения Заказчик вносит на счет Клиники в день операции до ее проведения. При необходимости повторного оперативного вмешательства, назначенного в соответствии с медицинскими показаниями, а также на основании врачебной комиссии по итогам лечения, такие медицинские Услуги оплачиваются в соответствии с утвержденным Прейскурантом цен на медицинские Услуги.

3.3. При необходимости проведения дополнительных медицинских услуг на возмездной основе, не предусмотренных настоящим Договором, стоимость таких услуг подлежит согласованию с Пациентом.

3.4. В случае если при предоставлении Услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.5. Расчеты производятся в рублях РФ на выбор Заказчика: путем внесения наличных денежных средств в кассу Клиники, путем безналичной оплаты с использованием банковских платежных карт, безналичным переводом на расчетный счет Клиники по указанным в Договоре реквизитам, либо иным, не запрещенным законом способом.

3.6. Клиника разъясняет, а Пациент (законный представитель Пациента) понимает, что денежные средства, добровольно затраченные в рамках настоящего договора, возврату через страховую компанию либо и з других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

3.7. Заказчик вправе в любой момент внести предварительную оплату за предоставляемые Пациенту в будущем медицинские услуги путем внесения в Клинику денежных средств любым способом (наличным или безналичным платежом) в соответствии с условиями Договора, и предоставляет право Клинике осуществлять дальнейший учет внесенных средств за фактически оказанные Пациенту медицинские Услуги.

3.8. Оплата Услуг может быть произведена как самим Заказчиком, так и его страховой компанией, администрацией по месту работы или другими заинтересованными лицами.

3.9. Стоимость Услуг может быть увеличена по согласованию с Заказчиком в случае оказания Клиникой дополнительных медицинских Услуг, в том числе и по просьбе Пациента.

3.10. По требованию Пациента (законного представителя Пациента) на предоставление платных медицинских услуг может быть составлен План лечения, который, в случае его составления, становится неотъемлемой частью Договора.

4. Права и обязанности Сторон.

4.1. Пациент имеет право:

4.1.1. Получать от специалистов Клиники полную информацию о предоставляемых Услугах в

соответствии с условиями Договора;

- 4.1.2. Знакомиться с документами, подтверждающими право Клиники на оказание Услуг;
- 4.1.3. На получение достоверной и полной информации о состоянии своего здоровья (здоровья представляемого лица);
- 4.1.4. Требовать от Клиники надлежащего выполнения ими обязательств по настоящему Договору;
- 4.1.5. На выбор лечащего врача, с учетом его согласия;
- 4.1.6. На выбор даты и времени визита к врачу-специалисту, включая перенос ранее согласованных даты и времени визита на иные, согласованные Сторонами, дату и время, при наличии объективной возможности со стороны Клиники;
- 4.1.7. Профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 4.1.8. На облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- 4.1.9. На отказ от медицинского вмешательства;
- 4.1.10. Сохранение врачебной тайны;
- 4.1.11. Право на получение платных немедицинских услуг. Если таковые предоставляются Клиникой дополнительно при оказании медицинских услуг.

4.2. Пациент обязан:

- 4.2.1. Предоставить Клинике информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство путем подписания соответствующего бланка, выданного Клиникой;
- 4.2.2. Осуществлять действия, направленные на достижение должного уровня заботы о своем здоровье и не совершение действий, наносящих ущерб своему здоровью и здоровью других лиц.
- 4.2.3. Полностью изучить предоставленную информацию об Услугах. Предоставить Клинике до оказания медицинских услуг полную информацию и имеющиеся документы (копии документов), касающиеся состояния своего здоровья, которыми он располагает на момент заключения договора оказания платных медицинских услуг и в течение его действия, а именно имеющие отношение к анамнезу жизни, анамнезу заболевания, информировать обо всех перенесенных ранее заболеваниях, включая хронические, инфекционные и венерические, всех видах аллергических реакций, имеющихся нервно-психических расстройствах (эпилепсия и проч.), вирусных гепатитах, сахарном диабете, имеющихся патологических и физиологических зависимостях (алкоголь, наркотики), имевшихся ранее и имеющихся заболеваниях крови (анемия и проч.), а также имевшихся длительных кровотечениях, переливаниях крови, ревматических заболеваниях, врожденных или приобретенных пороках сердца, сердечно-сосудистых заболеваниях (сердечная недостаточность, коронарная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, гипотоническая болезнь, инфаркт), иных сосудистых заболеваниях (инсульт, атеросклероз и проч.), наличии сердечного кардиостимулятора или протеза клапана сердца, наличии электронных и металлических имплантатах, наличии кровоостанавливающих клипс в сосудах головного мозга, наличии аппарата Илизарова, травмах, заболеваниях органов дыхания, придаточных пазух носа, иных особенностей анамнеза жизни и заболевания, требующихся для медицинского вмешательства, включая информацию о постоянно применяемых лекарственных, гомеопатических препаратах и биологически-активных добавках и др.
- 4.2.4. Выполнять все требования и/или обеспечить выполнение Пациентом всех требований и рекомендаций по лечению Пациента, в том числе соблюдать указания Клиники, предписанные на период после оказания медицинской услуги.
- 4.2.5. Своевременно, точно выполнять и соблюдать все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников/специалистов Клиники, оказывающих Услуги для достижения и сохранения результатов их оказания, соблюдать порядок и условия оказания Услуг по настоящему Договору, внутренний распорядок медицинской организации

Клиники и указания медицинского и административного персонала.

- 4.2.6. В случае обращения к третьим лицам, в иные медицинские организации за медицинскими Услугами, которые могут повлечь изменение согласованного с Клиникой плана лечения и/или его результата, произвести согласование со специалистами Клиники такое стороннее обращение.
- 4.2.7. Производить оплату стоимости Услуг Клиники в размере и порядке, установленными настоящим Договором.
- 4.2.8. Выполнять санитарно-эпидемиологические требования Клиники, соблюдать лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.
- 4.2.9. Ознакомиться с правилами оказания платных медицинских услуг Клиникой (ООО «АЙ КБЮ ПЛАТИК») от «29» сентября 2021 года, а также с действующим на дату оказания медицинских услуг Прейскурантом, размещенных на информационном стенде в Клинике, а также на официальном сайте Клиники в сети «Интернет».
- 4.2.10. При подписании договора Пациент/Заказчик дают свое добровольное согласие на сбор, обработку, хранение, распространение и использование Клиникой своих персональных, специальных и биометрических данных, которые станут ему известны в процессе исполнения договора, в соответствии с Федеральным законом от 27.06.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Федеральный закон № 152-ФЗ). Все действия с персональными данными необходимы для исполнения предмета договора оказание медицинских услуг (раздел 2 договора) и требований законодательства РФ (пп.5 п.1 ст. 6 и пп.4 п.2 ст. 10 Федерального закона № 152-ФЗ). Право обработки персональных (специальных, биометрических) данных предоставляется в целях оказания медицинских услуг для осуществления любых действий (операции) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов). В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи (при необходимости – по ее окончании) я предоставляю право на передачу третьим лицам, в том числе страховым, медицинским, научным, экспертным организациям, моих персональных данных, полученных в соответствии с п. 2 ст. 22 Федерального закона № 152-ФЗ, а так же сведений, составляющих врачебную тайну (о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе, сведений, содержащихся в истории болезни, иных сведений, полученных при обследовании и лечении) в целях и интересах моего обследования, лечения и проведения независимой экспертизы качества оказания медицинской помощи.

При оплате Услуг по настоящему Договору любым заинтересованным лицом (страховая компания, администрация по месту работы и т.п.) (далее – Третья Сторона), Заказчик / Пациент дают свое добровольное согласие на сбор, обработку, хранение, распространение и использование Клиникой своих персональных данных Третьей Стороне:

«Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, предоставления иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг, сведений, в том числе результатов медицинского исследования, анализов, иную медицинскую документацию, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки (я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем, Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам)».

- 4.2.11. Уважительно относиться к другим пациентам и посетителям Клиники, к медицинскому и обслуживающему персоналу, соблюдать общепринятые правила этики и поведения, в соответствии с Правилами внутреннего распорядка для пациентов.
- 4.2.12. Заблаговременно информировать Клинику о необходимости отмены или изменения,

назначенного Пациенту время получения (оказания) медицинской услуги. В случае опоздания более, чем на 10 минут по отношению к назначенному времени получения медицинской услуги, Клиника оставляет за собой право переноса или отмены получения медицинской услуги.

- 4.2.13. Прибывать на прием/консультацию при осуществлении предварительной записи лично (либо через законного представителя) или по телефонам +7 (495) 161-01-00, +7 (495) 161-01-10, e-mail: info@iqplastique.ru, явку по назначению врача в назначенное время, а при невозможности явки предупредить об этом Клинику с понедельника по субботу с 9:00 до 21:00, воскресенье с 10:00 до 18:00 не менее чем за 24 часа до назначенного времени.
- 4.2.14. Проинформировать Клинику с использованием всех средств связи, указанных в настоящем Договоре, о возникновении каких-либо осложнений состояния здоровья, проявлений дискомфорта/неблагоприятных последствиях прямо или косвенно связанных с предоставлением Услуг Клиникой, в течение суток с момента возникновения таких осложнений.
- 4.2.15. При подписании договора Пациент дает Клинике свое добровольное согласие на проведение фото- и видеосъемки до и после процедуры для сравнительной оценки результатов.
- 4.2.16. Пациент (законный представитель пациента) незамедлительно ставит в известность врачей Клиники о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.3. Клиника имеет право:

- 4.3.1. Самостоятельно определять объем исследований и характер действий, необходимых для выбора медицинской помощи, количества и периодичности ее оказания, давать иные рекомендации Пациенту.
- 4.3.2. Требовать от Пациента / Заказчика надлежащего исполнения обязательств по настоящему Договору.
- 4.3.3. Отказать в оказании медицинских услуг вследствие невозможности Клиники оказать услуги Пациенту, в том числе в случае невыполнения Пациентом требований медицинского персонала Клиники, при выявлении у Пациента противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий.
- 4.3.4. Отказать Пациенту в оказании медицинских услуг в случае, если проведение процедуры невозможно по техническим причинам, в связи с отсутствием необходимых специалистов, в связи с индивидуальными особенностями организма Пациента.
- 4.3.5. Запрашивать у Пациента необходимые сведения, имеющие отношение и/или влияющие на процесс оказания медицинской помощи, а также на ее качество. В случае предоставления Пациентом не достоверных сведений и/или их непредставления / не полного предоставления, Клиника имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору или отказаться от их исполнения.
- 4.3.6. Привлечь к оказанию Услуг третьих лиц, имеющих надлежащим образом оформленную лицензию, необходимое материально-техническое оснащение и/или квалифицированных специалиста (ов) в порядке совместного исполнения.
- 4.3.7. В случае возникновения неотложных состояний у Пациента самостоятельно определить объем исследований/диагностики, манипуляций, медицинских вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания помощи, в том числе не предусмотренных настоящим Договором.
- 4.3.8. Заменить лечащего врача, в том числе в случае опоздания Пациента, а в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в назначенный день, предложить другого врача для оказания Услуг по настоящему Договору. В случае опоздания Пациента более чем на 10 минут перенести прием на новое согласованное Сторонами время.
- 4.3.9. Клиника вправе в одностороннем порядке изменить перечень и стоимость медицинских услуг, путем внесения соответствующих изменений в Прейскурант, который обновляется

на сайте Клиники и на информационном стенде. Данное положение распространяется на медицинские услуги, не поименованные в Приложении №1 к настоящему Договору.

- 4.3.10. По просьбе и с согласия Пациента, при наличии технической и организационной возможности, направлять результаты лабораторных исследований на адрес электронной почты, указанный Пациентом в разделе «Реквизиты Сторон» Договора или на адрес, дополнительно указанный в письменном заявлении Пациента.
- 4.3.11. Отказать в продолжение оказания медицинской услуги в случаях нарушения Пациентом условий настоящего Договора с обязательной фиксацией отказа в лечении и причин такого отказа в медицинской документации. Отказ от продолжения лечения возможен только при формулировании врачебных рекомендаций по дальнейшему лечению и не допускается при наличии у Пациента острой стадии состояния заболевания.
- 4.3.12. Клиника не несет ответственности за недостижение желаемого результата лечения, в том числе в случае неявки Пациента в назначенные сроки для получения очередных сеансов лечения. При этом количество сеансов на курс может быть увеличено.
- 4.3.13. Клиника не гарантирует Пациенту 100% (сто процентного) результата, в том числе эстетического, по результатам оказанных услуг.

4.4. Клиника обязана:

- 4.4.1. На основании проведенной консультации/обследования Пациента предоставить ему в доступной форме полную и достоверную информацию:
 - о результатах обследования, выявленном состоянии здоровья и/или установленном диагнозе, наличии заболеваний, прогнозе развития заболевания; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, их последствиях, возможных вариантах медицинского вмешательства (альтернативах), предполагаемых результатах их применения, об используемых сертифицированных лекарственных препаратах, медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), их эффективности, показаниях (противопоказаниях) к применению;
 - о наличии выявленных противопоказаний к методу оказания медицинской помощи и/или целесообразности/необходимости установить наличие/отсутствие возможных противопоказаний, о методах дальнейшей диагностики и/или лечения с учетом выявленных/имеющихся у Пациента противопоказаний;
 - о возможных осложнениях, временных дискомфортных состояниях, отрицательных последствиях, которые могут возникнуть в процессе/по окончании оказания Услуги, но не находящимися в зависимости от качества осуществления медицинского вмешательства и обусловленных особенностями организма Пациента;
 - о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать Пациенту для сохранения достигнутого результата оказания Услуги.
- 4.4.2. Оказывать Услуги надлежащего качества, с соблюдением порядков оказания медицинской помощи, с использованием современных методов диагностики и оказания медицинской помощи, в соответствии со стандартами медицинской помощи и/или клинических рекомендаций, а при их отсутствии в соответствии с общепринятой клинической практикой, соответствующего объема, согласно выбранному и согласованному с Пациентом плану лечения после оплаты Заказчиком стоимости Услуг на условиях и в порядке, определенном настоящим Договором.
- 4.4.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для оказания Услуг по настоящему Договору.
- 4.4.4. Соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и вести всю необходимую медицинскую документацию, учетные и статистические формы, порядок и срок их предоставления и обеспечивать учет и надлежащее хранение такой документации, в установленном действующим законодательством порядке.
- 4.4.5. Клиника обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 4.4.6. В случае несовместимости заболевания и/или особенностей физиологического,

анатомического, гистологического строения органов Пациента обнаруженного после подписания Договора, с выбранным методом оказания медицинской помощи, указанным в согласованном плане лечения, предложить и согласовать другой вид метода оказания медицинской помощи, путем внесения соответствующих изменений / корректировок в ранее согласованный план лечения, а при отсутствии согласования Пациента на такое изменение, а также при отсутствии безопасных и/или разрешённых методов изменений / корректировок лечения, отказать в оказании соответствующих Услуг или приостановить их оказание с внесением соответствующих изменений и сведений в медицинскую карту.

- 4.4.7. По согласованию с Пациентом определять виды, объемы и сроки оказания Услуг, которые отражаются в Приложении №1 к настоящему Договору.
- 4.4.8. Клиника обязуется оказывать медицинские услуги только при наличии предварительно оформленных в письменном виде и подписанных Пациентом (законным представителем) информированных добровольных согласий на соответствующие виды Услуг, в том числе информированного добровольного согласия на дополнительные платные медицинские услуги, не поименованные в настоящем Договоре и приложениях к нему.
- 4.4.9. Медицинская карта, иная медицинская документация является собственностью Клиники, подлинные экземпляры которой не подлежат передаче Пациенту. Указанная документация может быть предоставлена только в виде заверенных ксерокопий, скан- или фотокопий документации в течение 10 (десяти) рабочих дней, не считая даты получения соответствующего письменного заявления Пациента (законного представителя).
- 4.4.10. Обеспечить возможность ознакомления Пациента (законного представителя) с медицинской документацией с течением 10 (десяти) рабочих дней, не считая даты получения соответствующего письменного заявления Пациента (законного представителя).
- 4.4.11. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Пациентом, а также врачебную тайну.

5. Качество услуг.

5.1. Медицинская услуга считается оказанной качественно при условии, что была соблюдена технология ее оказания, на основе Порядков оказания медицинской помощи, и (или) клинических рекомендаций (при их отсутствии – с общепринятой клинической практикой).

5.2. Осложнения, наступившие после оказания медицинской услуги в случае несоблюдения (нарушения) Пациентом рекомендаций, данных врачом-специалистом (предписанный лечебный режим, временные ограничения в выборе продуктов питания, назначенные препараты, режим физической и солнечной активности и т.д.) не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Клинике.

5.3. Возможные дискомфортные состояния, вызванные спецификой медицинских методик (технологий), являясь нормальной реакцией организма на физическое вмешательство или химическое воздействие препаратов, которые проходят в течение разумного срока и о которых Пациент был заранее предупрежден специалистом, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Клинике.

5.4. Отсутствие желаемого Пациентом результата, если Клиника при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиям Договора, предпринял все необходимые профессиональные действия, не является основанием для признания оказанной услуги ненадлежащего качества.

6. Ответственность сторон.

6.1. Клиника несет ответственность:

- 6.1.1. За качество, объем и сроки оказываемых Пациенту медицинских услуг, за исключением ситуаций, когда исполнение сроков не соблюдено по причинам, не зависящим от Клиники.
- 6.1.2. За достоверное и своевременное информирование Пациента о возможном развитии побочных явлений или осложнений, связанных с лечебно-диагностическим процессом при оказании медицинских услуг.
- 6.1.3. В случае ненадлежащего исполнения обязанностей по настоящему Договору Клиникой без вины Пациента, Клиника несет ответственность в соответствии с действующим

законодательством РФ.

6.2. Пациент несет ответственность:

- 6.2.1. За несвоевременную оплату стоимости предоставленных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора. При этом, в случае просрочки Заказчиком платежа более, чем на 5 (пять) рабочих дней Клиника вправе приостановить оказание медицинских услуг Пациенту в рамках настоящего Договора, и взыскать с Заказчика неустойку в размере, предусмотренном законодательством Российской Федерации.
- 6.2.2. За достоверность предоставленной врачу информации о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях в отношении Пациента.
- 6.2.3. За выполнение/невыполнение Пациентом всех требований и рекомендаций по лечению медицинского персонала Клиники, в том числе за соблюдение/несоблюдение указаний лечащего врача Клиники, предписанных на период после оказания медицинской услуги.

6.3. Неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей Пациентом, повлекшее ухудшение качества оказанной медицинской услуги, соответственно снимает ответственность с Клиники за [качество медицинской помощи](#).

6.4. Медицинские услуги, оказываемые по настоящему Договору, являются безопасными для здоровья Пациента при отсутствии недопустимого риска, не оправданного состоянием здоровья Пациента.

6.5. В случае неисполнения Пациентом медицинских указаний Клиники, Клиника вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке с отнесением фактически понесённых затрат на Заказчика.

6.6. Клиника не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий по настоящему Договору: по основаниям, предусмотренным законодательством РФ; в случаях, вызванных медицинскими показаниями, в том числе если:

- 6.6.1. проявились осложнения, связанные с тем, что Пациент не предоставил специалистам Клиники полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях, состоянии здоровья, противопоказаниях;
- 6.6.2. в соответствии с потребностями оказания медицинской помощи/лечебно-диагностического процесса и/или для предотвращения возможных осложнений Пациенту были назначены дополнительные методы диагностики и/или лечения, но Пациент не выполнил эти назначения;
- 6.6.3. осложнения наступили из-за несоблюдения плана лечения (нарушения сроков явки на осмотры, обследования, процедуры и т.п.), врачебных рекомендаций и назначений, в том числе по образу жизни;
- 6.6.4. негативные последствия наступили/вред причинен вследствие вмешательства третьих лиц по вопросам, связанным с оказанием Услуг по настоящему Договору без предварительного согласования с Клиникой, надлежащим образом исполняющего свои обязательства по Договору.

6.7. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору, возникшее вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пожара, землетрясения, наводнения, катастроф, военных действий, решений органов государственной власти и суда, заболевания и иного патологического состояния, о которых стороны не знали и которые не были выявлены в процессе действия настоящего договора (выявление которых не предусмотрено стандартами и протоколами в медицине), а также обстоятельства, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий, включая несогласованное отключение энергоснабжения, водо-обеспечения Клиники, если это не вызвано невыполнением Клиникой обязательств по оплате соответствующих услуг.

7. Разрешение споров.

7.1. Все споры, возникающие при выполнении настоящего Договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора в досудебном порядке, все неурегулированные вопросы подлежат разрешению в суде в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.2. Претензионный порядок урегулирования спора является обязательным. Претензия подлежит рассмотрению получившей Стороной в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты ее получения.

8. Порядок изменения и расторжения Договора.

8.1. Настоящий Договор может быть изменен и/или дополнен Сторонами путем подписания дополнительных соглашений и приложений к нему, а также иными способами в соответствии с условиями настоящего Договора.

8.2. Договор может быть расторгнут в любой момент до истечения срока его действия по соглашению Сторон.

8.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на платной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Клиника обязана предупредить об этом Пациента (законного представителя пациента). Без согласия Пациента (законного представителя Пациента) Клиника не вправе предоставлять дополнительные услуги на платной основе.

8.4. Отказ Пациента от подписания Информированного добровольного согласия признается Сторонами добровольным волеизъявлением Пациента о расторжении настоящего Договора в одностороннем порядке по инициативе Пациента в день отказа от подписания указанного согласия.

8.5. При отказе Пациента от получения медицинских услуг и/или при расторжении Договора (его части) Стороны производят окончательный расчет по настоящему Договору (его части), при этом Заказчик оплачивает Клинике фактически понесенные Клиникой расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору и/или его дополнению/приложению.

8.6. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке Пациентом/Заказчиком, путем направления письменного уведомления не менее, чем за 5 (пять) рабочих дней до даты предполагаемого расторжения Договора, при условии оплаты фактически оказанных услуг и понесенных Клиникой расходов, связанных с исполнением Договора.

8.7. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке Клиникой:

8.7.1. в случае нарушения Пациентом принятых на себя обязательств по договору и невозможности выполнения Клиникой обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента, при этом возврат средств, внесенных Заказчиком, не производится, стоимость медицинских услуг подлежит оплате в полном объеме

8.7.2. в случае отказа Заказчика от дальнейшего исполнения обязанности оплаты по Договору. При этом дееспособный совершеннолетний Пациент принимает на себя солидарные права и обязанности Заказчика по оплате оказанных услуг.

9. Заключительные положения.

9.1. Основанием для заключения настоящего Договора является добровольное волеизъявление Пациента и/или медицинские показания на получение платных медицинских услуг.

9.2. Подписанием настоящего Договора, Стороны подтверждают, что до заключения Договора Клиника путем подписания Уведомления о соблюдении рекомендаций и назначений, уведомил Пациента о том, что несоблюдение всех рекомендаций и назначений Клиники (медицинского работника, привлеченного Клиникой специалиста, оказывающего Услуги), в том числе назначенного режима, плана лечения, могут снизить качество предоставляемых Услуг, повлечь за собой невозможность завершения оказания Услуги в срок, отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

9.3. Пациент до подписания настоящего Договора ознакомлен с перечнем и стоимостью предоставляемых Клиникой Услуг, перечисленных в лицензии и Прейскуранте Клиники, условиями и порядком их предоставления, их стоимостью на дату подписания Договора и порядком ее определения в течение всего срока действия Договора.

9.4. В случае если какая-либо часть или части настоящего Договора будут признаны недействительными, незаконными или неприемлемыми к исполнению, это решение не отражается на оценке обоснованности, законности и выполнимости других его частей и положений.

9.5. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны только в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны представителями обеих Сторон.

9.6. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон. Пациент свой экземпляр договора на руки получил.

9.7. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи (воспроизведение механическим способом с использованием клише).

9.8. Стороны признают юридическую силу направленных по электронной почте сканированных копий экземпляров настоящего договора до момента обмена подлинниками данных экземпляров.

9.9. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до исполнения взаимных обязательств Сторонами или до заявления одной из Сторон о его расторжении.

9.10. Подписание настоящего Договора со стороны Пациента свидетельствует о получении им полной, доступной и достоверной информации о медицинских Услугах и их последствиях, Клинике, предоставляющей медицинские услуги, Правилах и предоставлении, правилах и порядке расчетов, правилах и порядке рассмотрении претензий и другой существенной информации.

9.11. В случае если Заказчик и Пациент являются одним физическим лицом (совпадают), Договор составляется в 2 (Двух) экземплярах, при этом все условия Договора, относящиеся как к Заказчику, так и к Пациенту относятся к одному лицу - к Заказчику. В случае если заказчик и Пациент являются разными лицами (не совпадают), Договор составляется в 3 (Трех) экземплярах

9.12. Приложения являются неотъемлемой частью настоящего Договора:

- Приложение №1 – Информированное добровольное согласие.

10. Реквизиты Сторон.

Клиника:

ООО «АЙ КЬЮ ПЛАСТИК»

Адрес: ул. Часовая, д.20, стр.1, пом.85, г. Москва, 125315

ИНН 7743310439, КПП 774301001

Р/с: 40702810910000928582

Банк АО "Тинькофф Банк" г. Москва

БИК: 044525974

Корр./с: 30101810145250000974

Тел.: +7 (495) 161-01-00, +7 (495) 161-01-10, e-mail: info@iqplastique.ru

Генеральный директор _____ И.А. Пикунова

Пациент / Заказчик:

Ф.И.О.:

Адрес: _____

Паспорт: _____ выдан: _____

код подразделения _____

Тел.

e-mail:

_____ / _____ / (подпись Пациента)

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных.

г. Москва, « _____ » _____ 20__ г.

Я, _____ Дата рождения: _____

_____ адрес места жительства:

_____ Паспорт серия № _____

_____ (в лице законного представителя: . . .)

_____ Паспорт серия № _____

_____, адрес, номер основного док-та, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного док-та и выдавшем органе, реквизиты доверенности или иного док-та, подтверждающего полномочия представителя),

в соответствии со статьями 9, 10, 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», добровольно подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «АЙ КЬЮ ПЛАСТИК», ИНН: 7743310439, ОГРН: 1197746479050, место нахождения: г. Москва, ул. Часовая, д.20, стр. 1, пом. 85 (далее «Оператор»), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (иного документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС); специальных и биометрических данных, включающих: данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, фотографии, рентгенологические снимки, снимки МРТ – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг и иная информация, полученная при моем обследовании и лечении при условии, что обработка данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, обязанным хранить врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (Пациенту) медицинской помощи я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои (Пациента) персональные данные (в том числе специальные и биометрические), должностным лицам и медицинским работникам Оператора, осуществляющим обработку персональных данных в силу своих должностных обязанностей, медицинским работникам иных медицинских организаций, с которыми Оператором заключен договор на оказание сопутствующих медицинских услуг в моих (Пациента) интересах, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Настоящим согласием я предоставляю Оператору право в соответствии с п.3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими (Пациента) персональными данными (в том числе специальные и биометрические), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор в том числе вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам, а также путем передачи персональных данных (в том числе информацию, содержащую сведения о врачебной тайне), по телефону на номер, указанный плательщиком медицинских услуг (Заказчиком), с целью согласования оказания мне (Пациенту) объема медицинских услуг в случаях, предусмотренных договором (в случае если медицинские услуги оказываются в рамках такого договора). Осуществлять информационное сопровождение клиента путем телефонной связи, СМС-сообщений, электронной почты.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по указанному выше договору на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховыми компаниями и иными организациями, раскрытие информации которым определено федеральным законодательством, с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об

этом.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи в рамках Договоров на оплату медицинских услуг в отношении меня (Пациента), заключенных Оператором с юридическими и физическими лицами (далее – Заказчик), я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право работникам Оператора в течение срока оказания медицинских услуг (срок прикрепления) по договору передавать мои (Пациента) персональные данные Заказчику необходимые для реализации таких договоров, а также сведения, включающие в себя результаты проведения медицинского осмотра (профилактического, периодического, предварительного).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 (двадцать пять) лет. Передача персональных данных (в том числе специальных и биометрических) лицам помимо страховой медицинской организации и лиц, оказывающих медицинские услуги, в иных целях, помимо цели оказания медицинских услуг, может осуществляться только с моего письменного согласия, включая фотографии, сделанные до начала курса и после его окончания. Настоящее согласие дано в дату его подписания действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под роспись представителю Оператора. При этом я осознаю, что отзыв согласия на обработку персональных данных является односторонним отказом от договора оказания платных медицинских услуг, в связи с невозможностью Оператора в дальнейшем вести медицинскую документацию.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан:

- а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной до этого медицинской услуги;
- б) по истечении указанного выше срока хранения персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все персональные данные, удалив их из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, а также уничтожить все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, предоставления иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг, сведений, в том числе результатов медицинского исследования, анализов, иную медицинскую документацию, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки (я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем, Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам).

Субъект персональных данных (законный представитель)

ФИО

/ _____
подпись

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие для получения первичной
медико-санитарной помощи**

Я, являясь Пациентом (Заказчиком), 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Ай Кью Пластик», **Медицинским работником** _____

(указываются должность, Ф.И.О. 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. Мне 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. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 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)

_____ *(указать Ф.И.О. гражданина, контактный телефон).*

Медицинский работник

Пациент (Заказчик)

_____/_____/_____/_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи) (подпись) (расшифровка подписи)

Я, являясь Пациентом (Заказчиком), подтверждаю, что фамилия, имя, отчество, место жительства, паспортные данные, номер телефона и адрес электронной почты, указанные мной в Договоре, достоверны, принадлежат Пациенту (Заказчику) и не содержат ошибок.

Пациент (Заказчик) _____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____ Дата рождения: _____

в лице законного представителя (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недееспособным

(Ф.И.О. представителя)

(данный раздел бланка заполняется только законным представителем лиц, не достигших возраста 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения, или недееспособных граждан)

зарегистрированный по адресу _____,

в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статья 20), добровольно обращаюсь в ООО «АЙ КБЮ ПЛАСТИК» (далее – Исполнитель) и даю информированное добровольное согласие на весь срок оказания мне медицинской помощи на следующие виды медицинских вмешательств согласно приказам Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1177н от 20.12.2012 (до 01.03.2022), № 1051 от 12.11.2021 (с 01.03.2022) и № 390н от 23.04.2012:

1. опроса, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза;
2. осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии, фарингоскопии, непрямой ларингоскопии, вагинального исследования (для женщин), ректального исследования;
3. антропометрического исследования;
4. термометрии;
5. тонометрии;
6. не инвазивных исследований органов зрения и зрительных функций;
7. не инвазивных исследований органов слуха и слуховых функций;
8. исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
9. лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических;
10. функциональных методов обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных);
11. рентгенологических методов обследования, в том числе флюорографии (для лиц старше 15 лет) и рентгенографии, ультразвукового исследования, доплерографических исследований;
12. введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно;
13. медицинского массажа;
14. лечебной физкультуры.

Работники Исполнителя в доступной форме уведомили меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы Исполнителя, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты.

Я информирован и понимаю свою обязанность полного информирования лечащего врача обо всех мне известных случаях возникновения аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических, травмах, операциях, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы. Я даю разрешение проводить все необходимые лечебные мероприятия на усмотрение лечащего врача и использовать любого иного медицинского работника из персонала Исполнителя, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я полностью понимаю важность выполнения рекомендаций медицинских работников в отношении подготовки к медицинским вмешательствам, режима, питания, лечения для достижения ожидаемых результатов оказания медицинской помощи, а также то, что их нарушение может привести к снижению достоверности диагностики и к снижению результата лечения.

Я самостоятельно использую свое право на выбор платного оказания услуг при получении медицинской помощи на добровольной основе, в рамках договора оказания платных медицинских услуг. Я уведомлен(а) о возможности получения медицинской помощи в рамках ОМС по месту прикрепления. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также в любое время я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона № 323-ФЗ.

Я подтверждаю, что мне разъяснена вся информация, изложенная мне медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника). В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Я информирован (информирована) о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.

В соответствии с частью 4 статьи 22 Федерального закона № 323-ФЗ я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания членам моей семьи, законным представителям, гражданам:

(указать Ф.И.О., год рождения, контактная информация, по желанию – степень родства)

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением процедуры, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о согласии на медицинское вмешательство.

Подписывая настоящее согласие, подтверждаю наличие у меня установленной законодательством способности приобретать и осуществлять гражданские права, создавать гражданские обязанности и исполнять их (гражданская дееспособность). Подтверждаю, что не лишен дееспособности ни полностью, ни частично.

(подпись и Ф.И.О. пациента)

(контактный телефон Пациента)

Расписался в моем присутствии:

Врач (Ф.И.О.) _____

подпись _____.