**ДОГОВОР №<**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_>

**об оказании платных медицинских услуг**

**г. Москва <\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_> года**

**Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Корсаков»**, действующее на основании лицензии Министерства здравоохранения г. Москвы № ЛО-77-01-019036 от 06.11.2019г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице <\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_> действующего(ей) на основании доверенности № <\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_> года и <**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_>** именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», действующий(ая) на основании собственного волеизъявления, <\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**>** именуемый(ая) в дальнейшем «Плательщик», действующий(ая) на основании собственного волеизъявления, с другой стороны, совместно далее именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. По настоящему договору «Исполнитель», действуя с добровольного согласия «Потребителя» (законного представителя Потребителя), (Плательщика), обязуется оказать ему платные медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными [законодательством](garantf1://12091967.3/) об охране здоровья, а «Потребитель», «Плательщик», обязуется оплатить оказываемые услуги.

1.2. Стороны договорились о том, что в части правового регулирования договора оказания платных медицинских услуг, будут применяться положения ст.ст.779-782 ГК РФ. «Потребитель» подтверждает, что ему разъяснено и понятно и он согласен с тем, что в соответствии с п. 1 ст.779 ГК РФ, предметом настоящего договора об оказании платных медицинских услуг являются действия «Исполнителя», которые потребляются в процессе их оказания, а также с тем, что действия «Исполнителя» не могут быть направлены на достижение гарантированного результата и передаче его Потребителю.

1.3. В случае если при предоставлении «Исполнителем» платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни «Потребителя» при внезапных острых заболеваниях, неотложных медицинских состояниях (гипертонический кризис, судорожный синдром, коллапс и иных обострениях, хронических заболеваний), такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с [Федеральным законом](garantf1://12091967.192/) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.4. «Исполнитель» после исполнения настоящего договора выдает «Потребителю» (законному представителю «Потребителя») по его письменному требованию медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

1.5. Стороны договорились, что подписание настоящего Договора означает уведомление в установленном законом порядке «Потребителя» об установленных в законном порядке в помещениях и на территории «Исполнителя» камер видеонаблюдения с целью фиксации возможных действий противоправного характера, в целях установления дополнительных гарантий соблюдения прав потребителей, работников «Исполнителя».

1.6. Стороны договорились, что подписание настоящего Договора означает согласие «Потребителя», «Плательщика», на обработку своих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных с целью исполнения настоящего Договора с конкретным «Потребителем», а передачу - исключительно в целях обеспечения преемственности в ходе предоставления платных медицинских услуг, конкретного «Потребителя» и только в установленном законом порядке, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов в соответствии со ст. ст. 6, 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

**2. Права и обязанности сторон**

**2.1. «Исполнитель» обязуется:**

2.1.1. Оказать «Потребителю» платные медицинские услуги в соответствии с [Перечнем](garantf1://55624831.0/) оказываемых пациенту услуг, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесения «Потребителем», «Плательщиком», денежных средств в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату; с соблюдением [порядков](garantf1://5655550.0/) оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.3. В случае если при предоставлении услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных услуг, не предусмотренных договором, «Исполнитель» обязан предупредить об этом «Потребителя». «Плательщика».

Без согласия «Потребителя», «Плательщика», «Исполнитель» не вправе предоставлять дополнительные услуги на возмездной основе.

2.1.4. По требованию «Потребителя», «Исполнитель», предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

2.1.5. Предоставить «Потребителю» (законному представителю «Потребителя») по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах предоставления услуг, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах при оказании платных медицинских услуг);

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.6. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского и иного персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

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

2.1.8. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных «Потребителю» услуг, а также денежных средств, поступивших от «Потребителя», «Плательщика».

2.1.9. Немедленно извещать «Потребителя» о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания «Потребителю» стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.

2.1.10. Соблюдать конфиденциальность и анонимность в отношении «Потребителя», при условии отсутствия ограничений, установленных законодательством Российской Федерации.

2.1.11. Оказать неотложную помощь при наличии возможности предоставить «Потребителю» соответствующие услуги, если «Потребитель» не в состоянии выразить свою волю и нуждается в оказании неотложной помощи ([п. 2 ст. 782](garantf1://10064072.7822/) ГК РФ).

**2.2. «Исполнитель» вправе:**

2.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения «Потребителем» рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, нарушения Правил поведения в ООО «Медицинский центр «Корсаков», наличии медицинских противопоказаний, несвоевременной либо неполной оплате услуг, предоставлении неполной либо недостоверной информации о состоянии здоровья «Потребителя» и(или) личности «Потребителя».

2.2.2. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать «Потребителю» в заключении договора на оказание платных медицинских услуг.

2.2.3. Привлекать к оказанию услуг третьих лиц, имеющих право на осуществление медицинской деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2.4. Досматривать имущество «Потребителя», в том числе передаваемое ему посетителями, в целях предотвращения употребления психоактивных веществ на территории «Исполнителя».

2.2.5. Приостанавливать оказание Услуг «Потребителю» в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, а также нарушения «Потребителем», «Плательщиком», требований, предусмотренных настоящим Договором, в том числе, нарушения сроков оплаты оказанных ему услуг согласно раздела 3 настоящего Договора. Возобновление оказания Услуг «Потребителю» осуществляется при условии устранения допущенного им нарушения и возмещении «Исполнителю» фактически понесенных расходов на приостановление и возобновление оказания Услуг. В случае не устранения «Потребителем», «Плательщиком» нарушения, ставшего основанием для приостановления оказания Услуг, в разумные сроки, «Исполнитель» вправе в одностороннем порядке расторгнуть настоящий Договор.

**2.3. «Потребитель», «Плательщик» обязуется:**

2.3.1. Оплатить стоимость услуг, в соответствии с п.п. 1.1., 3.1., настоящего договора.

2.3.2. 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 предоставления платных медицинских услуг

2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации «Исполнителя» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу).

2.3.5. Своевременно и в полном объеме оплачивать услуги «Исполнителя».

2.3.6. Бережно относится к имуществу и инвентарю «Исполнителя». «Потребитель» несет материальную ответственность за нанесенный имуществу ущерб в размере двукратной стоимости испорченного имущества.

2.3.7. Сообщать «Исполнителю» о наличии обстоятельств, препятствующих нахождению на территории «Исполнителя» (нахождение «Потребителя» в Федеральном или ином розыске, отсутствие законных оснований нахождения на территории Российской Федерации и т.п.).

**2.4. «Потребитель» имеет право:**

2.4.1. Получать информацию об «Исполнителе» и предоставляемых им медицинских услугах.

2.4.2. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.

2.4.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты «Исполнителю» фактически понесенных им расходов.

2.4.4. «Потребитель», «Плательщик» дает свободно, своей волей 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.

**3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов**

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется на основании перечня услуг Приложение №1 к договору, по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом услуг, утвержденным «Исполнителем».

3.2. «Потребителю», «Плательщику» в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности документ установленного образца).

3.3. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг согласно п. 2.1.3 договора, их стоимость определяется по Прейскуранту услуг, действующему на момент принятия сторонами решения об оказании дополнительных услуг. Соглашение сторон оформляется внесением информации о предоставленных дополнительных услугах в «Перечень услуг», являющегося неотъемлемым приложением к договору, и подписывается сторонами.

3.4. Потребитель, «Плательщик» осуществляет 100% предоплату платных медицинских услуг, которая определяется сторонами на основании п.3.1. договора.

3.5. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых «Потребителю» услуг, предусмотренных настоящим Договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе исполнения договора окажется невозможным, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, при этом с «Потребителя», «Плательщика» удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток излишней суммы, уплаченный «Потребителем», «Плательщиком» по настоящему Договору, возвращается по его письменному заявлению в течение 15 (пятнадцати) дней, с даты подачи такого заявления.

3.6. В случае невозможности исполнения «Исполнителем» обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине «Потребителя», в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

3.7. По окончанию оказания услуг стороны подписывают Акт оказанных услуг (далее - Акт) по настоящему Договору. «Потребитель» обязан подписать Акт в течение 24 часов после окончания оказания услуг по настоящему Договору. В случае отказа от подписания Акта и не предоставлении в течение 24 часов с момента окончания оказания услуг мотивированного отказа от подписания Акта, услуги считаются оказанными надлежащим образом и в полном объеме.

3.8. Оплата услуг «Исполнителя» осуществляется в безналичном порядке путем перечисления денежных средств на расчетный счет «Исполнителя», либо внесение наличных денежных средств в кассу «Исполнителя» в момент заключения настоящего Договора.

3.9. В случае расторжения настоящего Договора до окончания срока действия Договора, оплата оказанных «Исполнителем» услуг производится с учетом фактически оказанных услуг и фактически понесенных затрат «Исполнителя», с учетом поступивших платежей «Потребителя».

**4. Ответственность сторон**

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору «Исполнитель» несет ответственность, предусмотренную [законодательством](garantf1://10064072.1025/) Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью «Потребителя» в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению «Исполнителем» в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. «Исполнитель» не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления «Потребителем» неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.3.2 настоящего Договора либо отказа от предоставления услуг по медицинским показаниям, а также в случаях, предусмотренных п. 2.3.4 и 3.6 настоящего Договора.

4.4. 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 (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

4.5. За несвоевременную либо неполную оплату предоставленных услуг по настоящему Договору, «Исполнитель» вправе потребовать уплаты пени в размере 0,3% процента от неоплаченной суммы за каждый день просрочки платежа. Начисление пени производится на основании предъявленной «Исполнителем» письменной претензии с даты предъявления претензии.

**5. Конфиденциальность**

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

5.2. «Исполнитель» обязуется хранить в тайне информацию (врачебная тайна), о факте обращения «Потребителя» за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания, сведения полученные при обследовании, иные сведения, полученные в ходе исполнения настоящего договора.

**6. Заключительные положения**

6.1. До заключения настоящего Договора «Исполнитель» в письменной форме уведомил «Потребителя» о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) «Исполнителя» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя, за которое Исполнитель не будет нести ответственности.

|  |
| --- |
| 6.2. Настоящий Договор действует в течение года с момента его подписания. |

Если в течение месяца до окончания срока действия договора ни одна из сторон не заявила возражение о продлении срока его действия, он автоматически продлевается на один год на тех же условиях. Договор может автоматически продлеваться неограниченное количество раз.

6.3. «Потребитель» вправе отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты «Исполнителю» фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6.4. Все споры и разногласия, возникающие при исполнении настоящего Договора, стороны будут стремиться урегулировать путем переговоров.

6.5. В случае невозможности урегулирования споров в отношении качества оказываемых «Исполнителем» услуг, спор передается на рассмотрение врачебного консилиума врачей «Исполнителя».

6.6. В случае несогласия «Потребителя» с решением врачебного консилиума «Исполнителя», спор рассматривается в установленном законом порядке судом по месту нахождения «Исполнителя».

6.7. Настоящий Договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.8. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

**7. Реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:  ООО «МЦ «Корсаков»  Юр. адрес : 129594, г. Москва, 2-й проезд  Марьиной Рощи, д. 21/23, пом.1, комн.5  Фактический адрес: 107061, Москва, ул. 3-я  Черкизовская, д.14  Тел./факс 8 (499) 110-08-03  Е-mail:[mckorsakov@yandex.ru](mailto:mckorsakov@yandex.ru)  ИНН 7717161043  КПП 771701001  ОГРН 1157746237219  Р/сч 40702810002440000430  К/сч 30101810200000000593  в ОАО «Альфа-Банк»  БИК 044525593  По доверенности:  <Доверенность>/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Потребитель (Плательщик):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

# Форма утверждена [Приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства](garantF1://70307654.0)» (Приложение №2)

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/стационарной медицинской помощи/специализированной медицинской помощи/медицинского вмешательства**

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

(Ф.И.О. гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](garantF1://70072996.1000) 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](garantF1://70072996.0) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082)(далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в ООО «Медицинский центр «Корсаков».

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

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](garantF1://70072996.1000), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев,

предусмотренных [частью 9 статьи 20](garantF1://12091967.2009) Федерального закона от 21 ноября

2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской

Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48,

ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Я поставил(а) в известность врача об индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе инфекционных (гепатит А,В,С,Д, ВИЧ, туберкулез), о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Добровольно даю согласие врачу и его коллегам выполнить необходимое мне (представляемому) медицинское вмешательство: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, анализ крови общий и биохимический, на вирусные гепатиты, бледную трепонему, ВИЧ, анализ мочи, электрокардиографию, забор материала для микроскопических исследований, проведение ультразвуковых и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, с применением афферентных методик (плазмафорез), ВЛОКа, физиотерапевтических процедур, наружной терапии. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Мне понятно, что указанный выше объем медицинского вмешательства будет мне (представляемому) выполнен с целью достижения наиболее благоприятного результата, который возможен при моем состоянии (состоянии представляемого); мне также понятно, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и поэтому никаких гарантий относительно исхода медицинского вмешательства мне дано быть не может.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных им лекарств.

Я предупрежден(а) и осознаю, что только строгое соблюдение этапов лечения и комплексности терапии позволит надеяться на стабильные результаты и длительное воздержание от приема психоактивных веществ.

    Разрешаю / запрещаю (ненужное зачеркнуть)предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере заболевания моим родственникам, законным представителям, иным лицам.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19Федерального 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)

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

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

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

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел различные варианты получения медицинских услуг, и знаю то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)