



ДОГОВОР № 2020-_____

ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Москва

«____» _____ 2020

Общество с ограниченной ответственностью «Бьюти Тренд Эстетик» (Лицензия № ЛО-77-01-019721 выдана 04.03.2020, далее Лицензия), именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице Генерального директора Сысковой Ирины Викторовны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и _____, паспорт _____, выдан _____, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Пациент, располагая предоставленной Исполнителем информацией о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, настоящим действуя в своих интересах, поручает, а Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги Пациенту в объеме, порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором и Дополнительными соглашениями к нему, Пациент обязуется оплатить эти услуги в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором и Дополнительными соглашениями к нему.

1.2. Медицинские услуги предоставляются Пациенту Исполнителем путем выполнения работ (оказания услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в Лицензии Исполнителя, согласно выбранной Пациентом медицинской услуге и/или Программе оказания медицинской помощи. Ознакомиться с перечнем работ (услуг), предусмотренных Лицензией Исполнителя, Пациент может на интернет сайте Исполнителя <http://www.planB.center>, а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя. По запросу Пациента предоставляется копия Лицензии.

1.3. Медицинские услуги оказываются Исполнителем Пациенту в **Клинике Репродуктивных технологий PlanB (далее – Клиника), расположенной по адресу: 125047 г. Москва, ул. Александра Невского, 27.**

1.4. Настоящий договор устанавливает общие условия оказания медицинских услуг Исполнителем.

Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту в разовом порядке в рамках настоящего Договора, указывается в действующем на момент обращения Пациента в Клинику Исполнителя Прейскуранте на медицинские услуги.

1.5. Перечень и стоимость медицинских услуг могут быть определены программой медицинского обслуживания или планом лечения (далее – Программа/План лечения). Медицинские услуги в рамках Программ/Плана лечения оказываются Пациенту в порядке и на условиях, согласованных Сторонами в Дополнительном соглашении к настоящему Договору.

1.6. Порядок и правила оказания медицинских услуг Исполнителем, а также иные условия исполнения настоящего договора установлены в Положении о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг, информация о котором доводится до Пациента путем размещения в сети Интернет на сайте www.planB.center и на информационных стендах, расположенных в Клинике.

1.7. Режим работы Клиники с понедельника по субботу с 09.00 -21.00, в воскресенье с 11.00-20.00.

1.8. График работы медицинских сотрудников находится на стойке ресепшен.

1.9. Адреса и телефоны выше стоящих организаций находятся на стенде «Уголок потребителя»

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Основанием для оказания платных медицинских услуг является:

- наличие у Исполнителя Лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- наличие информированного добровольного согласия Пациента на медицинское вмешательство, оформленного в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации;
- добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату, которое подтверждается подписанием настоящего Договора со стороны Пациента и его непосредственным обращением в Клинику;
- предъявление Пациентом документов, удостоверяющих его личность со сведениями о Ф.И.О., возрасте, месте регистрации по месту жительства и (или) пребывания;
- исполнение Пациентом условий и обязанностей по настоящему Договору.

2.2 Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с требованиями к осуществлению медицинской деятельности, в т.ч. порядками и стандартами медицинской помощи, установленными законодательством Российской Федерации, а также Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг.

Пациент _____

Исполнитель _____

2.3 Настоящим Договором не предусмотрено оказание медицинской помощи при нахождении Пациента в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при наличии у Пациента следующих заболеваний и связанных с ними осложнений: особо опасные инфекции, врожденные пороки, аномалии развития, заболевания, связанные с последствиями радиоактивных и однотипных с ним облучений, тяжелые соматические заболевания, психические заболевания, венерические заболевания, ВИЧ инфекция, неотложные состояния, являющиеся компетенцией служб «скорой помощи», за исключением экстренной медицинской помощи, ввиду необходимости оказания специализированной медицинской помощи.

Наступление или выявление в процессе действия настоящего Договора указанных состояний, заболеваний и/или связанных с ними осложнений является основанием для отказа Исполнителем от исполнения настоящего Договора в одностороннем порядке (п. 5.3) при условии соблюдения одного или нескольких условий пунктов 3.2.2-3.2.3.

2.4 Медицинские услуги оказываются Пациенту в соответствии с режимом работы отдельных подразделений и специалистов Исполнителя. Информацию о порядке приема врачей с указанием часов приема и номеров кабинетов, порядке предварительной записи на прием к врачам, а также о порядке и режиме лабораторных и функциональных исследований, стоимости медицинских услуг Пациент может получить в Клинике в устной форме, по телефонам Клиники, наглядно – на информационных стендах, расположенных в Клинике, а также на сайте www.planB.center

2.5 Перечень и объем медицинских услуг устанавливается на основании предварительного диагноза и пожеланий Пациента, при условии, что пожелания Пациента не противоречат общепринятой лечебной практике. В ходе оказания медицинских услуг перечень и объем медицинских услуг могут быть изменены по медицинским показаниям в зависимости от состояния здоровья Пациента, результатов лабораторных и функциональных исследований и др. по согласованию с Пациентом.

В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость медицинского вмешательства неотложна, вопрос об оказании медицинских услуг в интересах Пациента решается консилиумом врачей, а в случае невозможности его собрать – непосредственно лечащим (дежурным) врачом самостоятельно. Оказанные в этом случае услуги подлежат оплате Пациентом в соответствии с настоящим Договором.

2.6 Факт оказания медицинской услуги и исполнения обязательств Исполнителя по настоящему Договору подтверждается медицинской документацией Исполнителя, в том числе записями в медицинской документации, медицинской информационной системе и иных источниках информации Клиники, а также выданными Исполнителем после окончания оказания медицинской услуги Пациенту копиями медицинских документов, выписками из них, медицинскими заключениями, консультациями, эпикризами и другими формами медицинской документации, если иное не установлено Дополнительными соглашениями к настоящему Договору. По запросу Пациента Исполнителем может быть предоставлена информация об объемах и стоимости медицинских услуг, оказанных Пациенту за период, не превышающий 3-х лет от даты обращения.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1 Предоставлять качественные и квалифицированные медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.1.2 Проводить консультации, осмотры врачами-специалистами, инструментальные, лабораторные, функциональные и прочие исследования, а также иные медицинские вмешательства в объеме и на условиях, предусмотренных настоящим Договором и Дополнительными соглашениями к нему.

3.1.3 Информировать Пациента (его законного представителя) по его требованию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах рекомендуемого ему лечения, о возможных осложнениях (риске), возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях; о возможности проведения дополнительных методов обследования и лечебно-диагностических мероприятий.

3.1.4 Обеспечить Пациента в любой доступной форме бесплатной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя, перечне медицинских услуг и их стоимости, об условиях предоставления и получения медицинской помощи, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

3.1.5 Соблюдать врачебную тайну, конфиденциальность персональных данных Пациента, используемых в том числе в медицинских информационных системах.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1 Привлекать соисполнителей (врачей-специалистов или организаций здравоохранения), специализирующихся на оказании медицинских услуг и обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг.

3.2.2 Рекомендовать (направить) Пациента для проведения дополнительных консультаций и (или) других видов медицинской помощи в другие медицинские организации без каких-либо гарантий оплаты со стороны Исполнителя.

3.2.3 Направить Пациента на госпитализацию в другие специализированные стационары при условии наличия медицинских показаний и выявления состояний, требующих госпитализации и не входящих в компетенцию Исполнителя, в т.ч. состояний, определенных в п. 2.3 Договора.

3.2.4 Отказаться в одностороннем порядке от исполнения настоящего Договора по основаниям, определенным п. 5.3 настоящего Договора.

3.2.5 Изменять перечень и стоимость медицинских услуг по Прейскуранту.

Пациент _____

Исполнитель _____

3.2.6 В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг, в случае, если существует угроза жизни или здоровью Пациента, и/или при возникновении состояний Пациента, требующих незамедлительного медицинского вмешательства.

3.2.7 Реализовывать иные права, предусмотренные действующим законодательством РФ.

3.3. Пациент обязуется:

3.3.1 Предоставить необходимую и достоверную информацию, обеспечивающую качественное предоставление медицинских услуг: о состоянии своего здоровья и здоровья ближайших родственников, об имеющейся в анамнезе патологии, перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, наличии вредных привычек и профессиональных вредностей, аллергических реакциях, травмах, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве предоставляемых Исполнителем медицинских услуг. Предоставить Исполнителю информацию для связи (адрес электронной почты, номера телефонов, фактический адрес проживания).

3.3.2 Оформить в установленном законом порядке информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и/или в случае отказа от оказания медицинских услуг - отказ от медицинского вмешательства.

3.3.3 Посещать Клинику для проведения осмотров, процедур, консультаций, исследований и т.п. по назначению врачей Исполнителя в предварительно согласованные сроки и время. В случае невозможности явки заблаговременно в срок, не позднее, чем за 3 часа до согласованного времени оказания медицинских услуг, предупредить Исполнителя об этом.

3.3.4 Добросовестно выполнять указания (рекомендации) медицинских работников Исполнителя, предоставляющих медицинские услуги, в том числе назначенного режима наблюдения (лечения).

3.3.5 Внимательно ознакомиться с перечнем и стоимостью медицинских услуг Клиники и порядком их предоставления.

3.3.6 Своевременно оплачивать Исполнителю медицинские услуги в порядке и сроки, предусмотренные настоящим Договором/Дополнительным соглашением.

3.3.7 Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями (бездействиями) Пациента и/или лиц, его сопровождающих/посещающих, Пациент обязуется в течение 7 календарных дней с момента предъявления претензии возместить Исполнителю ущерб в размере действительной стоимости утраченного или испорченного имущества.

3.3.8 Выполнять иные обязанности, определенные действующим законодательством, положениями настоящего Договора, в т.ч. Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг Клиники.

3.4. Пациент имеет право:

3.4.1 Получить по требованию от Исполнителя полную и всестороннюю информацию о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах диагностики и лечения, о возможных осложнениях (риске), возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых (назначаемых) при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению; сведения о порядках и стандартах оказания медицинской помощи, о профессиональном образовании и квалификации медицинского работника, оказывающего медицинские услуги.

3.4.2 На квалифицированную медицинскую помощь в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.4.3 На выбор лиц(а), которым(у) в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

3.4.4 По своему усмотрению отказаться от оказания медицинской услуги или потребовать ее прекращения. Отказ Пациента от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается Пациентом (его законным представителем) и медицинским работником Исполнителя и хранится в медицинской документации Пациента.

3.4.5 Непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов. Пациент имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья копии медицинских документов, выписки из медицинских документов в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

3.4.6 В случае каких-либо сомнений в правильности избранной Исполнителем методики наблюдения (лечения), а также применяемых лекарственных средств и других назначений или несогласия с ними незамедлительно обращаться к Главному врачу Клиники для разрешения указанных вопросов.

3.4.7 Реализовывать иные права, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

4. ЦЕНЫ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1 Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим Прейскурантом Исполнителя и указывается в счете на оплату/кассовом чеке, а при оказании медицинских услуг по Программе/Плане лечения - Дополнительным соглашением к настоящему Договору. Медицинские услуги НДС не облагаются в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ. При оказании услуг, подлежащих налогообложению НДС, их стоимость указывается с учетом НДС.

4.2 Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется в Клинике в порядке 100 % предварительной оплаты в день подписания настоящего Договора/Дополнительного соглашения, а при оказании медицинской услуги в разовом порядке, непосредственно перед началом ее предоставления, если иной порядок не будет согласован Сторонами в Дополнительном соглашении. Оплата производится в рублях наличными денежными средствами или с использованием банковской карты через кассу Исполнителя. По согласованию сторон оплата медицинских услуг может осуществляться путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4.3 Медицинские услуги полностью или частично по настоящему Договору могут быть оплачены за счет личных средств Пациента, средств иных физических и юридических лиц, в том числе страховыми организациями по программам

Пациент _____

Исполнитель _____

добровольного медицинского страхования, работодателем или иным лицом. Оплата медицинских услуг в этом случае будет считаться оплатой для Пациента, и не будет считаться основанием для предоставления медицинских услуг лицу, осуществившему оплату.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

5.1 Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и заключен на неопределенный срок. Изменение Договора осуществляется в порядке, установленном действующим законодательством.

5.2 Срок предоставления медицинских услуг по настоящему Договору определен в счете на оплату либо в Дополнительном соглашении к настоящему Договору.

5.3 Договор и/или Дополнительное соглашение к нему может быть расторгнут досрочно по инициативе Исполнителя в следующих случаях:

5.3.1 нарушение Пациентом установленного Договором порядка оплаты услуг;

5.3.2 отказ Пациента от медицинского вмешательства;

5.3.3 выявление у Пациента заболевания, лечение которого в условиях Клиники не представляется возможным либо будет менее эффективным по сравнению с другими специализированными медицинскими организациями;

5.3.4 нарушение Пациентом Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг;

5.3.5 при совершении Пациентом действий, создающих препятствие для оказания Исполнителем медицинских услуг в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором/Дополнительным соглашением.

5.4 Договор/Дополнительное соглашение считается расторгнутым и прекращает свое действие через 24 (двадцать четыре) часа с момента письменного уведомления Пациента о расторжении Исполнителем Договора/Дополнительного соглашения. При невозможности вручения уведомления о расторжении Договора/Дополнительного соглашения непосредственно Пациенту, Исполнитель направляет его по адресу, указанному при заключении настоящего Договора или Дополнительного соглашения, или по адресу электронной почты Пациента.

5.5 В случае досрочного расторжения Договора/Дополнительного соглашения Исполнителем, уплаченные Пациентом денежные средства возвращаются за вычетом стоимости уже оказанных услуг и фактически понесенных Исполнителем расходов по выполнению условий и положений настоящего Договора.

5.5.1 Возврат денежных средств осуществляется на основании письменного заявления Пациента.

5.5.2 Денежные средства возвращаются Пациенту либо надлежащим образом уполномоченному лицу.

5.6 Пациент вправе расторгнуть настоящий Договор и/или Дополнительное соглашение к нему в одностороннем порядке, уведомив письменно Исполнителя о расторжении Договора и/или Дополнительного соглашения к нему.

При этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору, а также стоимость оказанных медицинских услуг.

В случае досрочного расторжения Пациентом Договора/Дополнительного соглашения, порядок возврата уплаченных денежных средств осуществляется в зависимости от вида Программы и устанавливается в Дополнительном соглашении.

5.7 Расчеты, определенные п. п. 5.5 -5.6. настоящего Договора, осуществляются не позднее 45 (сорока пяти) рабочих дней с момента поступления соответствующего заявления Заказчика.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1 За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

6.2 Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественных медицинских услуг, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.3 Исполнитель освобождается от ответственности за неоказание или ненадлежащее оказание медицинской помощи, если докажет, что неоказание или ненадлежащее оказание произошло вследствие нарушения Пациентом условий настоящего Договора/Дополнительного соглашения, в т.ч, но не ограничиваясь: несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, назначенного режима наблюдения (лечения), непредоставление Исполнителю или предоставление несоответствующих действительности сведений и информации, необходимой для качественного оказания медицинских услуг, осуществление Пациентом на любой стадии каких-либо несогласованных с врачом действий (самолечение, использование рекомендаций третьих лиц и т.п.), сокрытие или несвоевременное предоставление врачу сведений о произошедшем ухудшении состояния здоровья.

6.4 В случае нарушения установленных Договором/Дополнительным соглашением сроков оплаты оказанных медицинских услуг Исполнитель вправе потребовать с Пациента уплаты неустойки в размере 0,03 % от суммы просроченного платежа за каждый день просрочки.

6.5 Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор): стихийные бедствия, эпидемии, наводнения, землетрясения, пожары, забастовки, изменение законодательства Российской Федерации, распоряжения и акты государственных и судебных органов, иные события, не подлежащие контролю Сторон. Стороны своевременно извещают друг друга о наступлении и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

6.6 Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств при наличии и/или наступлении обстоятельств, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены.

Пациент _____

Исполнитель _____

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1 С момента подписания настоящего Договора все предыдущие соглашения между Сторонами, заключенные на неопределенный срок, прекращают свое действие.

7.2 Все возникшие разногласия и споры разрешаются по соглашению Сторон путем переговоров. Если в ходе переговоров Стороны не урегулировали разногласия, спор передается для рассмотрения в суд в соответствии с действующим законодательством.

7.3 Местом исполнения настоящего Договора/Дополнительного соглашения является место оказания медицинских услуг - **Клиника Репродуктивных технологий PlanB, расположенная по адресу: 125047 г. Москва, ул. А. Невского, 27.**

7.4 В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Пациент дает согласие на обработку, в том числе автоматизированную, своих персональных данных Клинике и лицам, уполномоченным Клиникой, в целях исполнения настоящего Договора.

7.5 Стороны согласовали, что любое сообщение, требование, запрос или иной документ направляется Сторонам по контактам, указанным в п. 8 настоящего Договора.

7.6 Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

7.7 Перечень приложений к данному договору:

- Приложение 1. Информированное добровольное согласие Пациента/Законного представителя на медицинское вмешательство.

7.8. До заключения настоящего Договора Пациент ознакомлен и уведомлен:

- о том, что граждане РФ вправе получать медицинскую помощь бесплатно в организациях здравоохранения, которые предоставляют указанные услуги по программам государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в объеме и порядке, установленном действующим законодательством РФ;

- о перечне и стоимости медицинских услуг по Прейскуранту Исполнителя;

- о действующем в Клинике Положении о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг;

- о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, оказывающего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима наблюдения (лечения), могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок и (или) отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Заказчик:

Паспорт:

Выдан:

Адрес регистрации:

Адрес фактического проживания:

Тел.:

Электронная почта:

ПОДПИСИ СТОРОН:

_____/ [_____]

Исполнитель: ООО «Бьюти Тренд Эстетик»

Адрес места нахождения: 125047, г. Москва, ул. А. Невского, 27.

ИНН/КПП 7710492208 / 771001001

ОГРН 1157746202569

Лицензия № ЛО-77-01-019721 от «04» марта 2020г.

Орган, выдавший лицензию: Департамент здравоохранения города Москвы.

Расчетный счет № 407028101005200002323 в ОАО «БАНК УРАЛСИБ»

Корреспондентский счет № 30101810100000000787 БИК 044525787

Генеральный директор:

_____/ [Сыскова И.В.]

Пациент _____

Исполнитель _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____, _____ года
рождения, паспорт _____, выдан _____,
_____ ,
проживающий(ая) по адресу _____ ,

в соответствии со ст.20 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим заявлением выражаю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства, в том числе 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 23.04.2012 №390н, при оказании мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинской помощи.

1 В ходе оказания медицинской помощи мне/представляемому могут проводиться, в том числе, следующие медицинские вмешательства:

- 1.1 Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- 1.2 Осмотр, в том числе пальпация (метод врачебного исследования прощупыванием), перкуссия (метод врачебного исследования простукиванием), аускультация (метод врачебного исследования выслушиванием), риноскопия (метод исследования полости носа с помощью носовых зеркал и расширителей), фарингоскопия (метод визуального исследования глотки), непрямая ларингоскопия (метод визуального исследования гортани), вагинальное исследование (ручное, с применением специальных зеркал и визуальное исследование влагалища, визуальное исследование наружных половых органов – для детей), ректальное исследование (исследование прямой кишки и окружающих ее органов и тканей, включая пальцевое исследование прямой кишки), отоскопия.
- 1.3 Антропометрические исследования (измерения веса, роста и других размеров тела).
- 1.4 Термометрия (измерение температуры тела).
- 1.5 Тонометрия (измерение давления).
- 1.6 Неинвазивные (нехирургические) исследования органа зрения и зрительных функций.
- 1.7 Неинвазивные (нехирургические) исследования органа слуха и слуховых функций.
- 1.8 Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
- 1.9 Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, генетические.
- 1.10 Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография (метод исследования функции легких), пневмотахометрия (исследование бронхов), пикфлоуметрия (оценка бронхиальной обструкции при заболевании дыхательных путей), реоэнцефалография (исследование сосудистой системы головного мозга), электроэнцефалография (исследование деятельности головного мозга), кардиотокография (для беременных).
- 1.11 Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет), компьютерная томография (метод послойного исследования органов и тканей) и рентгенография (метод рентгенографического исследования, при котором получают фиксированное изображение исследуемого объекта при помощи рентгеновских лучей), ультразвуковые исследования, доплерографические исследования (исследование кровотоков).
- 1.12 Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, промывание лор-органов лекарственными препаратами.

2. Мне даны разъяснения, которые мною осознаны и мне понятны:

2.1 о целях медицинского вмешательства; методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске; о возможных вариантах видов медицинского вмешательства; о последствиях медицинского вмешательства, в т.ч. о вероятности развития осложнений; о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; о том, что мне/представляемому предстоит делать во время проведения медицинского вмешательства; о возможных **последствиях отказа** от предполагаемого медицинского вмешательства;

о планируемом объеме и тактике медицинских вмешательств, а также о том, что они могут быть изменены в силу специфики медицинских услуг в зависимости от индивидуальных особенностей организма пациента, состояния его здоровья, получаемых результатов обследований и т.п.;

Пациент _____

Исполнитель _____

2.3 о том, что отказ от необходимого лечения, от выполнения назначений и рекомендаций врачей, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема назначенных лечащим врачом препаратов, самовольное использование инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс оказания медицинской помощи/лечения, снизить качество оказываемой медицинской помощи и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

2.4 о необходимости **проинформировать** врача обо всех известных мне данных о моем состоянии здоровья (представляемого) и состоянии здоровья ближайших родственников, в т.ч. об имеющейся в анамнезе патологии, перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в семье, травмах, операциях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня/представляемого во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, а также иных, сообщить любые сведения, которые могут повлиять на качество оказываемой медицинской помощи;

2.5 о том, что проводимое лечение не гарантирует 100%-ый результат и что при проведении медицинских манипуляций и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения, что используемая технология и тактика медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов, обусловленных биологическими особенностями организма, а также существует возможность непреднамеренного причинения вреда здоровью.

2.6 о том, что в случаях несоблюдения предписаний врача, отказа от проведения необходимых обследований, исследований, осмотров и консультаций врачей-специалистов, нарушения Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в Клинике, в том числе Правил поведения пациентов в Клинике, врачом по согласованию с Главным врачом, может быть принято решение об отказе от наблюдения за пациентом и его лечения, если это не угрожает жизни пациента.

2.7 о том, что я **имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств** или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9.ст.20 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме до начала медицинских манипуляций и хранится в медицинской документации.

3. Я подтверждаю:

- что мне понятен смысл всех терминов, употребленных в настоящем Согласии;
- что я имел(а) возможность задать и получить ответы на все интересующие меня вопросы, связанные с оказанием мне/представляемому медицинской помощи, в т.ч. в области медицины;
- что ознакомлен(а) с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг Исполнителем, в том числе с правилами поведения пациентов, а также с прейскурантом Исполнителя и порядком оплаты услуг в Клинике;
- что осознаю, что в силу специфики медицинских услуг, их стоимость и объем в любом случае могут быть определены как предварительные и их окончательные стоимость и объем определяются, исходя из фактически оказанных с моего согласия медицинских услуг на момент окончания их исполнения.

На основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение об оказании мне (представляемому) платных медицинских услуг Исполнителем и даю добровольное информированное согласие на проведение всех необходимых медицинских вмешательств, связанных с оказанием мне/представляемому медицинской помощи, а также необходимых по медицинским показаниям дополнительных медицинских вмешательств, которые могут потребоваться по состоянию здоровья.

Данное мною информированное согласие действительно в течение всего срока оказания медицинской помощи (предоставления медицинских услуг) в Клинике.

Пациент/Законный представитель Пациента _____ / _____

Дата ____ . ____ . _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКОМ КЛИНИКИ

Я свидетельствую, что дал разъяснения о целях, характере, ходе и объеме планируемых в ходе оказания медицинской помощи медицинских вмешательств, а также способах и рисках их проведения, дал ответы на все интересующие вопросы.

Должность:

ФИО:

Подпись _____ Дата _____

Пациент _____

Исполнитель _____