***ООО «ПУЛЬСФАРМА»*** 215800 Смоленская область, город Ярцево,

медицинский центр ул. Советская, дом 12 Г. тел 8 920 3081501, 8 952 5373333

тел. 8 915 6572132, 8 903 8922342

***МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА БОЛЬНОГО***

Фамилия, Имя, Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Улица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.1.3.** Соблюдать режим работы медицинского центра, соблюдать правила санитарно-противоэпидемиологического режима, правила поведения в общественных местах, техники безопасности, противопожарной безопасности.

Потребитель имеет право на:

**4.2.1.** Предоставление полной и достоверной информации о предоставляемой услуге.

**4.2.2.** Возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинских услуг при наличии вины исполнителя.

**5. дополнительные условия**

**5.1.** Отсутствие ожидаемого потребителем результата при проведении лечебных манипуляций и назначений, если исполнитель предпринял все необходимые профессиональные действия при соблюдении той степени заботливости и исполнительности, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиям договора не является основанием для признания услуги ненадлежащей.

**5.2.** Исполнитель вправе расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке без возмещения финансовых затрат и освобождается от ответственности за дальнейшее состояние здоровья потребителя в случае грубых нарушений потребителем медицинских назначений и рекомендаций.

**6. ответственность сторон**

**6.1.** Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, по причине нарушения его условий потребителем, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

**6.2.** Исполнитель освобождается от ответственности за причинение вреда здоровью потребителю в случаях, если:

**6.2.1.** Появились осложнения, связанные с тем, что потребитель не предоставил исполнителю полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях.

**6.2.3.** Если наступили осложнения, ухудшение состояния здоровья и самочувствия из-за не соблюдения потребителем врачебных рекомендаций.

**6.2.4.** Вред причинен в рамках обоснованного профессионального риска.

**6.3.** Меры ответственности сторон применяются в соответствии с нормами законодательства РФ.

**6.4.** Потребитель гарантирует, что при возникновении каких-либо осложнений, прямо или косвенно связанных с выполнением медицинских услуг исполнителем, предоставит об этом информацию исполнителю, в том числе и в случае непредвиденной госпитализации в другое медицинское учреждение, если способен это сделать по состоянию своего здоровья, или передаст интересующую информацию через доверенных лиц.

**7. прочие условия**

**7.1.** Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует в течении одного года. В случае, если по истечении указанного срока ни одна из сторон не заявит о своем намерении расторгнуть настоящий договор, действие договора продляется еще на один год.

**7.2.** Все споры и разногласия, возникающие при исполнении настоящего договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

**7.3.** При возникновении разногласий сторон по вопросу качества оказанных услуг потребитель до обращения в суд обязан предъявить письменную претензию исполнителю. Исполнитель обязан в течении одного месяца рассмотреть претензию и дать обоснованный письменный ответ.

**7.4.** Исполнителем доведено до сведения потребителя информация о возможности и порядке получения медицинских услуг на бесплатной основе.

**7.5.** Потребитель ознакомлен с территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Смоленской области и дает добровольное согласие на проведение медицинских услуг на возмездной основе.

**7.6.** Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон и действует один год после его подписания. В случае, если ни одна из сторон не уведомит другую сторону о намерении прекратить действие настоящего договора, он пролонгируется на тех же условиях сроком на один год. Приложение к договору является неотъемлемой частью настоящего договора.

**ПРИЛОЖЕНИЕ (работы и услуги, оказываемые ИСПОЛНИТЕЛЕМ)**: доврачебная медицинская помощь по сестринскому делу; амбулаторная помощь по организации здравоохранения и общественному здоровью;терапия, при оказании первичной специализированной помощи в амбулаторных условиях по: акушерство и гинекология, аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, диабетологии, кардиологии, неврологии, оториноларингологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии.

**8. реквизиты сторон**

Ген. директор ООО «ПУЛЬСФАРМА» Ананич А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПАЦИЕНТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

Ген. директор ООО «ПУЛЬСФАРМА» Ананич А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПАЦИЕНТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

Ген. директор ООО «ПУЛЬСФАРМА» Ананич А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПАЦИЕНТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

Ген. директор ООО «ПУЛЬСФАРМА» Ананич А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПАЦИЕНТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

Ген. директор ООО «ПУЛЬСФАРМА» Ананич А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПАЦИЕНТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

Ген. директор ООО «ПУЛЬСФАРМА» Ананич А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПАЦИЕНТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

ООО «ПУЛЬСФАРМА» ***ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Смоленская обл, г. Ярцево, ул.Советская, 12Г. **Об оказании платных медицинских услуг** т. 8 9038922342, 8 9525373333, 8 9203081501, 8 9156572132

**Общество с ограниченной ответственностью «ПУЛЬСФАРМА» ,** ОГРН 1096727000413, ИНН 6727020240, 215800, Смоленская обл., Ярцевский район, г. Ярцево, ул. Советская,

дом 12Г.,именуемое в дальнейшем **исполнитель**, действующее в соответствии с лицензией №ЛО-67-01-000862, выданной 08.12.2014 г., департаментом Смоленской области по Здравоохранению, адрес: г. Смоленск, ул. Ленина, дом 1, т.(4812)292219, в лице генерального директора Ананич Александра Анатольевича, действующего на основании Устава и в соответствии с «Правилами предоставления платных медицинских услуг населению» (Постановление Правительства РФ №1006 от 04.10.2012г., «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан (№323-ФЗ от 21.11.2011г.), с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем **потребитель**, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. предмет договора**

**1.1.** В соответствии с настоящим договором потребитель поручает, а исполнитель принимает на себя обязательство по желанию потребителя оказать платные медицинские услуги, указанные в приложении к настоящему договору.

**1.2**.Потребитель обязуется оплачивать медицинские услуги, предоставляемые ему, и строго выполнять рекомендации исполнителя, направленные на обеспечение качества предоставляемых медицинских услуг.

**2. стоимость услуг и порядок оплаты**

**2.1.** Стоимость услуг, предоставляемых потребителю по настоящему договору, определяется прейскурантом исполнителя, действующим на момент оказания услуги, и указывается в приложении к настоящему договору.

**2.2.** Оплата медицинских услуг по настоящему договору производится потребителем в полном объеме в момент оказания услуги путем наличного или безналичного расчета.

**3. условия и сроки предоставления платных медицинских услуг**

**3.1.** Исполнитель оказывает услуги по настоящему договору в помещении исполнителя по адресу: 215800, Смоленская область, г. Ярцево, ул. Советская, дом 12Г.

**3.2.** Оказание услуг по настоящему договору производится в порядке очереди потребителя на прием и по предварительной записи.

**3.3.** Срок оказания услуг определяется соглашением сторон и характером оказываемой услуги.

**4. обязанности сторон**

Исполнитель обязуется:

**4.1.** Проинформировать потребителя о территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Смоленской области путем размещения ее текста в помещении исполнителя.

**4.2.** Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензии учреждения и требованиям, предъявляемых к методам диагностики, профилактике и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации. . При оказании медицинских услуг использовать оборудование, инструментарий и материалы, разрешенные к применению в РФ, имеющие соответствующие сертификаты, регистрационные удостоверения и сроки годности.

**4.3.** Обеспечить потребителя установленном в учреждении порядке, информацией о режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их получения, сведения о квалификации специалистов.

**4.4.** Оказывать потребителю качественные квалифицированные медицинские услуги.

**4.5.** Информировать потребителя о предлагаемых методах обследования и лечения, возможности развития осложнений при проведении сложных лечебно-диагностических манипуляций или операций.

**4.6.** Обеспечивать реализацию всех прав потребителю, в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**4.7.** Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья потребителя (врачебная тайна).

**4.8.** Исполнитель имеет право самостоятельно определять характер исследований и манипуляций, необходимых для установления правильного диагноза потребителя.

**4.9.** В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для обследования или лечения, назначать другого специалиста соответствующего профиля и квалификации.

**4.10.** Исполнитель имеет право в одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору, полностью урегулировав все финансовые вопросы с потребителем.

Потребитель обязуется:

**4.1.1.** Оплатить оказываемые услуги в порядке, определенном настоящим договором.

**4.1.2.** Точно выполнять все врачебные рекомендации.

***ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА***

***НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ , ОПЕРАЦИОННОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО***

Настоящее согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ №323 от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима Медицинского центра ООО «ПУЛЬСФАРМА» и обязуюсь их соблюдать.

Добровольно даю свое согласие на проведение медицинского обследования, в том числе выявления жалоб, подробный сбор анамнеза, осмотра, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (у женщин), ректальное исследование, антропометрические исследования, термометрию, исследования нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), биохимические, бактериологические, серологические, иммунологические, функциональные методы исследования, в том числе ЭКГ, холтеровское мониторирование, суточное мониторирование АД, ультразвуковые исследования и доплерографические исследования.

Я согласен(а) на проведение следующих медицинских вмешательств, операций\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Я информирован(а) о целях, характере, содержании и неблагоприятных эффектах указанных медицинских действий, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, в том числе нетрудоспособности исмерти, а также о том, что предстоит мне делать, как себя вести во время их проведения.

Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования, операции, не указанных выше. Я доверяю врачам и иным медицинским работникам принять соответствующее решение, в соответствии с их профессиональными суждениями выполнять любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для установки правильного диагноза и улучшения моего состояния.

Я извещен(а), о том, что мне необходимо строго, точно и неукоснительно выполнять все указания и рекомендации медицинских работников, которые я буду получать при прохождении медицинских вмешательств и обследований, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия. Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от рекомендаций медицинских работников, может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и привести к искажению результатов определенных видов медицинских обследований и неэффективности медицинских вмешательств и лечения в целом.

Я известил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также употребления алкоголя, наркотических и токсических средств.

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

Я разрешаю, в случае необходимости, представить информацию о моем диагнозе, степени и характере моего заболевания моим родственникам или законным представителям, гражданам:

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

ПОДПИСЬ ПАЦИНТА (законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии ВРАЧ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

***СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ***

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

Паспорт\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных даны» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ПУЛЬСФАРМА» моих персональных данных, включающих: ФАМИЛИЮ, ИМЯ , ОТЧЕСТВО, ДАТУ РОЖДЕНИЯ, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе обработки данных оператором я представляю право передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение. обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, 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) по ОМС (договор ДМС).

Оператор имеет право во исполнении своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ОМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией или территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 5 (пять) лет, время хранения может быть увеличено еще на тот же срок, если возникнет необходимость для более детального (углубленного) контроля моего состояния здоровья и направлено на мое благо.

Передача моих персональных данных иными лицами или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, которым может быть направлен мной в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, оператор обязан прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

, Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***ПРОТОКОЛ (согласования договорной цены на медицинские услуги)*** Приложение к договору об оказании платных медицинских услуг

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| дата | Наименование медицинской услуги | стоимость | Оказанную услугу принял |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***ООО «ПУЛЬСФАРМА»*** 215800 Смоленская область, город Ярцево,

медицинский центр ул. Советская, дом 12 Г. тел 8 920 3081501, 8 952 5373333

тел. 8 915 6572132, 8 903 8922342

***МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА БОЛЬНОГО***

Фамилия, Имя, Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Улица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| дата | Наименование медицинской услуги | стоимость | Оказанную услугу принял |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ООО «ПУЛЬСФАРМА» ***ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Смоленская обл, г. Ярцево, ул.Советская, 12Г. **Об оказании платных медицинских услуг** т. 8 9038922342, 8 9525373333, 8 9203081501, 8 9156572132

**Общество с ограниченной ответственностью «ПУЛЬСФАРМА» ,** ОГРН 1096727000413, ИНН 6727020240, 215800, Смоленская обл., Ярцевский район, г. Ярцево,

ул. Советская, дом 12Г., именуемое в дальнейшем **исполнитель**, действующее в соответствии с лицензией №ЛО-67-01-000862, выданной 08.12.2014 г ., департаментом Смоленской области по Здравоохранению, адрес: г. Смоленск, ул. Ленина, дом 1, т.(4812)292219, в лице генерального директора Ананич Александра Анатольевича, действующего на основании Устава и в соответствии с «Правилами предоставления платных медицинских услуг населению» (Постановление Правительства РФ №1006 от 04.10.2012г., «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан (№323-ФЗ от 21.11.2011г.), с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем **потребитель**, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. предмет договора**

**1.1.** В соответствии с настоящим договором потребитель поручает, а исполнитель принимает на себя обязательство по желанию потребителя оказать платные медицинские услуги, указанные в приложении к настоящему договору.

**1.2**.Потребитель обязуется оплачивать медицинские услуги, предоставляемые ему, и строго выполнять рекомендации исполнителя, направленные на обеспечение качества предоставляемых медицинских услуг.

**2. стоимость услуг и порядок оплаты**

**2.1.** Стоимость услуг, предоставляемых потребителю по настоящему договору, определяется прейскурантом исполнителя, действующим на момент оказания услуги, и указывается в приложении к настоящему договору.

**2.2.** Оплата медицинских услуг по настоящему договору производится потребителем в полном объеме в момент оказания услуги путем наличного или безналичного расчета.

**3. условия и сроки предоставления платных медицинских услуг**

**3.1.** Исполнитель оказывает услуги по настоящему договору в помещении исполнителя по адресу: 215800, Смоленская область, г. Ярцево, ул. Советская, дом 12Г.

**3.2.** Оказание услуг по настоящему договору производится в порядке очереди потребителя на прием и по предварительной записи.

**3.3.** Срок оказания услуг определяется соглашением сторон и характером оказываемой услуги.

**4. обязанности сторон**

Исполнитель обязуется:

**4.1.** Проинформировать потребителя о территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Смоленской области путем размещения ее текста в помещении исполнителя.

**4.2.** Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензии учреждения и требованиям, предъявляемых к методам диагностики, профилактике и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации. . При оказании медицинских услуг использовать оборудование, инструментарий и материалы, разрешенные к применению в РФ, имеющие соответствующие сертификаты, регистрационные удостоверения и сроки годности.

**4.3.** Обеспечить потребителя установленном в учреждении порядке, информацией о режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их получения, сведения о квалификации специалистов.

**4.4.** Оказывать потребителю качественные квалифицированные медицинские услуги.

**4.5.** Информировать потребителя о предлагаемых методах обследования и лечения, возможности развития осложнений при проведении сложных лечебно-диагностических манипуляций или операций.

**4.6.** Обеспечивать реализацию всех прав потребителю, в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**4.7.** Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья потребителя (врачебная тайна).

**4.8.** Исполнитель имеет право самостоятельно определять характер исследований и манипуляций, необходимых для установления правильного диагноза потребителя.

**4.9.** В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для обследования или лечения, назначать другого специалиста соответствующего профиля и квалификации.

**4.10.** Исполнитель имеет право в одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору, полностью урегулировав все финансовые вопросы с потребителем.

Потребитель обязуется:

**4.1.1.** Оплатить оказываемые услуги в порядке, определенном настоящим договором.

**4.1.2.** Точно выполнять все врачебные рекомендации.

**4.1.3.** Соблюдать режим работы медицинского центра, соблюдать правила санитарно-противоэпидемиологического режима, правила поведения в общественных местах, техники безопасности, противопожарной безопасности.

Потребитель имеет право на:

**4.2.1.** Предоставление полной и достоверной информации о предоставляемой услуге.

**4.2.2.** Возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинских услуг при наличии вины исполнителя.

**5. дополнительные условия**

**5.1.** Отсутствие ожидаемого потребителем результата при проведении лечебных манипуляций и назначений, если исполнитель предпринял все необходимые профессиональные действия при соблюдении той степени заботливости и исполнительности, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиям договора не является основанием для признания услуги ненадлежащей.

**5.2.** Исполнитель вправе расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке без возмещения финансовых затрат и освобождается от ответственности за дальнейшее состояние здоровья потребителя в случае грубых нарушений потребителем медицинских назначений и рекомендаций.

**6. ответственность сторон**

**6.1.** Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, по причине нарушения его условий потребителем, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

**6.2.** Исполнитель освобождается от ответственности за причинение вреда здоровью потребителю в случаях, если:

**6.2.1.** Появились осложнения, связанные с тем, что потребитель не предоставил исполнителю полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях.

**6.2.3.** Если наступили осложнения, ухудшение состояния здоровья и самочувствия из-за не соблюдения потребителем врачебных рекомендаций.

**6.2.4.** Вред причинен в рамках обоснованного профессионального риска.

**6.3.** Меры ответственности сторон применяются в соответствии с нормами законодательства РФ.

**6.4.** Потребитель гарантирует, что при возникновении каких-либо осложнений, прямо или косвенно связанных с выполнением медицинских услуг исполнителем, предоставит об этом информацию исполнителю, в том числе и в случае непредвиденной госпитализации в другое медицинское учреждение, если способен это сделать по состоянию своего здоровья, или передаст интересующую информацию через доверенных лиц.

**7. прочие условия**

**7.1.** Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует в течении одного года. В случае, если по истечении указанного срока ни одна из сторон не заявит о своем намерении расторгнуть настоящий договор, действие договора продляется еще на один год.

**7.2.** Все споры и разногласия, возникающие при исполнении настоящего договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

**7.3.** При возникновении разногласий сторон по вопросу качества оказанных услуг потребитель до обращения в суд обязан предъявить письменную претензию исполнителю. Исполнитель обязан в течении одного месяца рассмотреть претензию и дать обоснованный письменный ответ.

**7.4.** Исполнителем доведено до сведения потребителя информация о возможности и порядке получения медицинских услуг на бесплатной основе.

**7.5.** Потребитель ознакомлен с территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Смоленской области и дает добровольное согласие на проведение медицинских услуг на возмездной основе.

**7.6.** Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон и действует один год после его подписания. В случае, если ни одна из сторон не уведомит другую сторону о намерении прекратить действие настоящего договора, он пролонгируется на тех же условиях сроком на один год. Приложение к договору является неотъемлемой частью настоящего договора.

**ПРИЛОЖЕНИЕ (работы и услуги, оказываемые ИСПОЛНИТЕЛЕМ)**: доврачебная медицинская помощь по сестринскому делу; амбулаторная помощь по организации здравоохранения и общественному здоровью;терапия, при оказании первичной специализированной помощи в амбулаторных условиях по: акушерство и гинекология, аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, диабетологии, кардиологии, неврологии, оториноларингологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии.

**8. реквизиты сторон**

Ген. директор ООО «ПУЛЬСФАРМА» Ананич А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПАЦИЕНТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

Ген. директор ООО «ПУЛЬСФАРМА» Ананич А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПАЦИЕНТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

Ген. директор ООО «ПУЛЬСФАРМА» Ананич А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПАЦИЕНТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

Ген. директор ООО «ПУЛЬСФАРМА» Ананич А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПАЦИЕНТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

Ген. директор ООО «ПУЛЬСФАРМА» Ананич А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПАЦИЕНТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

Ген. директор ООО «ПУЛЬСФАРМА» Ананич А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПАЦИЕНТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

***СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ***

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

Паспорт\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных даны» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ПУЛЬСФАРМА» моих персональных данных, включающих: ФАМИЛИЮ, ИМЯ , ОТЧЕСТВО, ДАТУ РОЖДЕНИЯ, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе обработки данных оператором я представляю право передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение. обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, 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) по ОМС (договор ДМС).

Оператор имеет право во исполнении своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ОМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией или территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 5 (пять) лет, время хранения может быть увеличено еще на тот же срок, если возникнет необходимость для более детального (углубленного) контроля моего состояния здоровья и направлено на мое благо.

Передача моих персональных данных иными лицами или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, которым может быть направлен мной в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, оператор обязан прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

, Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***ПРОТОКОЛ (согласования договорной цены на медицинские услуги)*** Приложение к договору об оказании платных медицинских услуг

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| дата | Наименование медицинской услуги | стоимость | Оказанную услугу принял |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА***

***НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ , ОПЕРАЦИОННОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО***

Настоящее согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ №323 от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима Медицинского центра ООО «ПУЛЬСФАРМА» и обязуюсь их соблюдать.

Добровольно даю свое согласие на проведение медицинского обследования, в том числе выявления жалоб, подробный сбор анамнеза, осмотра, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (у женщин), ректальное исследование, антропометрические исследования, термометрию, исследования нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), биохимические, бактериологические, серологические, иммунологические, функциональные методы исследования, в том числе ЭКГ, холтеровское мониторирование, суточное мониторирование АД, ультразвуковые исследования и доплерографические исследования.

Я согласен(а) на проведение следующих медицинских вмешательств, операций\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Я информирован(а) о целях, характере, содержании и неблагоприятных эффектах указанных медицинских действий, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, в том числе нетрудоспособности исмерти, а также о том, что предстоит мне делать, как себя вести во время их проведения.

Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования, операции, не указанных выше. Я доверяю врачам и иным медицинским работникам принять соответствующее решение, в соответствии с их профессиональными суждениями выполнять любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для установки правильного диагноза и улучшения моего состояния.

Я извещен(а), о том, что мне необходимо строго, точно и неукоснительно выполнять все указания и рекомендации медицинских работников, которые я буду получать при прохождении медицинских вмешательств и обследований, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия. Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от рекомендаций медицинских работников, может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и привести к искажению результатов определенных видов медицинских обследований и неэффективности медицинских вмешательств и лечения в целом.

Я известил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также употребления алкоголя, наркотических и токсических средств.

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

Я разрешаю, в случае необходимости, представить информацию о моем диагнозе, степени и характере моего заболевания моим родственникам или законным представителям, гражданам:

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

ПОДПИСЬ ПАЦИНТА (законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии ВРАЧ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| дата | Наименование медицинской услуги | стоимость | Оказанную услугу принял |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |