

ДОГОВОР №
ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Новосибирск

г.

АО МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР "АВИЦЕННА" (Лицензия № Л041-00110-54/00588927 выдана 16.12.2020 (далее – Лицензия), именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице Генерального директора Телиной Елены Владимировны, действующего(ей) на основании Устава, с одной стороны, и TEST TEST TEST паспорт: _____ именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1 Заказчик, 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 (далее – Пациент/Потребитель), поручает, а Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги Пациенту в объеме, порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором и Дополнительными соглашениями к нему, Заказчик обязуется оплатить эти услуги в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором и Дополнительными соглашениями к нему.
- 1.2 В случае, если Заказчик и Пациент/Потребитель совпадают в одном лице, то по тексту настоящего Договора термины «Пациент/Потребитель» и «Заказчик» являются равнозначными и могут применяться как совместно, так и раздельно.
- 1.3 Медицинские услуги предоставляются Пациенту Исполнителем путем выполнения работ (оказания услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в Лицензии Исполнителя, согласно выбранной Заказчиком/Пациентом медицинской услуге и/или Программе оказания медицинской помощи. Ознакомиться с перечнем работ (услуг), предусмотренных Лицензией Исполнителя, Заказчик/Пациент может на интернет сайте Исполнителя <http://www.mamadeti.ru>, а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя. По требованию Заказчика предоставляется копия Лицензии.
- 1.4 Медицинские услуги оказываются Исполнителем Пациенту в Клинике/Госпитале: МЦ "АВИЦЕННА" (далее – Клиника/Госпиталь), расположенной по адресу/ам 630007, г. Новосибирск, ул. Коммунистическая, д. 17/1; 630007, г. Новосибирск, ул. Коммунистическая, д. 17; 630132, г. Новосибирск, пр-кт Димитрова, д. 7.
- 1.5 Настоящий договор устанавливает общие условия оказания медицинских услуг Исполнителем.
- 1.5.1 Перечень и стоимость медицинских услуг, заказываемых/приобретаемых Пациентом/Потребителем и оказываемых Исполнителем в разовом порядке в рамках настоящего Договора, указывается в действующем на момент обращения Пациента/Потребителя в Клинику/Госпиталь Исполнителя Прейскуранте на медицинские услуги и счете на оплату/талоне, формируемым и подписываемым непосредственно Исполнителем. Согласование Заказчиком перечня и стоимости медицинской услуги, оказываемой в разовом порядке, осуществляется путем совершения Пациентом/Потребителем фактических действий по выполнению условий Договора, включая внесение частично или полностью оплаты за разовую услугу по Договору и/или получение платной медицинской услуги и др. Выставление Исполнителем счета на оплату/талона, адресованного Пациенту/Потребителю, признается письменным предложением (офертой) получить заказываемую Пациентом/Потребителем у Исполнителя медицинскую услугу на условиях, указанных в соответствующем документе, а совершение Пациентом/Потребителем фактических действий по выполнению условий Договора признается принятием (акцептом) оферты Исполнителя, что в соответствии положениями ст. 432 - 444 ГК РФ считается соблюдением письменного согласования перечня и стоимости медицинских услуг, оказываемых Пациенту/Потребителю в разовом порядке.
- 1.5.2 Перечень и стоимость медицинских услуг могут быть определены программой медицинского обслуживания или планом лечения (далее – Программа/План лечения). Медицинские услуги в рамках Программы/Плана лечения оказываются Пациенту в порядке и на условиях, согласованных Сторонами в Дополнительном соглашении к настоящему Договору.
- 1.5.3 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.mamadeti.ru и на информационных стендах, расположенных в Клинике/Госпитале.
- 1.6. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг согласовываются сторонами при предварительной записи Пациента/Потребителя на прием к врачу, проведение лабораторных и функциональных исследований и других медицинских вмешательств и указаны в Положении о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ 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 Заказчика/Пациента получить медицинские услуги за плату, которое подтверждается подписанием настоящего Договора со стороны Заказчика/Пациента и его непосредственным обращением в Клинику/Госпиталь;
 - предъявление Заказчиком/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 порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а также Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг.
- 2.3 Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Пациенту/Потребителю непосредственно перед оказанием медицинской услуги и отражается в медицинской документации и информированных добровольных согласиях на медицинское вмешательство.
- 2.4 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.
- 2.5. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг возникнет необходимость оказания на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, Стороны договорились, что их предоставление не требует оформления дополнительного



соглашения к Договору или заключения Сторонами нового Договора. Дополнительные медицинские услуги согласовываются Сторонами в порядке, предусмотренном настоящим Договором, в том числе п.1.5.1 Договора или дополнительным соглашением к настоящему Договору. Стороны соглашаются с возможностью использовать при согласовании дополнительных услуг электронный документооборот и подписывать соглашения о дополнительных услугах усиленной неквалифицированной (квалифицированной) электронной подписью.

- 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, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, лекарственных препаратах и медицинских изделиях. По запросу Заказчика/Пациента Исполнителем может быть предоставлена информация об объемах и стоимости медицинских услуг, оказанных Пациенту за период, не превышающий 3-х лет от даты обращения.

Порядок и условия выдачи Пациенту/Потребителю копий медицинской документации устанавливается действующим законодательством.

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, в том числе, сведения о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), перечне медицинских услуг и их стоимости, об условиях предоставления и получения медицинской помощи, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов и другой информацией, предоставляемой в соответствии с требованиями законодательства.
- 3.1.5 Соблюдать врачебную тайну, конфиденциальность персональных данных Заказчика/Пациента, используемых (обрабатываемых), в том числе в медицинских и лабораторных 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 соответствующее отделение Клиники или другие специализированные стационары при условии наличия медицинских показаний и выявления состояний, требующих госпитализации и не входящих в компетенцию Исполнителя.
- 3.2.4 Изменять перечень и стоимость медицинских услуг по Прейскуранту. При необходимости вести видеонаблюдение за процессом оказания медицинской помощи.
- 3.2.5 Реализовывать иные права, предусмотренные действующим законодательством РФ.

3.3. Заказчик/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 состоящихся заболеваниях, инфекциях, наличии вредных привычек и профессиональных вредностей, аллергических реакциях, травмах, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве предоставляемых Исполнителем медицинских услуг.
- 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 Добросовестно выполнять указания (рекомендации) медицинских работников Исполнителя, предоставляющих медицинские услуги, в том числе назначенного режима наблюдения (лечения).
- 3.3.4 Внимательно ознакомиться с перечнем и стоимостью медицинских услуг Клиники/Госпиталя и порядком их предоставления.
- 3.3.5 Своевременно оплачивать Исполнителю медицинские услуги в порядке и сроки, предусмотренные настоящим Договором/Дополнительным соглашением.
- 3.3.6 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, Заказчик обязуется в течение 7 календарных дней с момента предъявления претензии возместить Исполнителю ущерб в размере действительной стоимости утраченного или испорченного имущества.
- 3.3.7 Выполнять иные обязанности, определенные действующим законодательством, положениями настоящего Договора, в т.ч. Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг Клиники.

3.4. Заказчик/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 оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях, стандартах 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. Заказчик/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 заведующему соответствующим отделением, Главному врачу Клиники или его заместителям 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 Клиники и указывается в счете на оплату/талоне/кассовом чеке, а при оказании медицинских услуг по Программе - 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/Госпитале 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 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. СРОКИ 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 талоне/счете на оплату либо в Дополнительном соглашении к настоящему Договору.
- 5.3 В случае досрочного расторжения Договора/Дополнительного соглашения, уплаченные Заказчиком денежные средства возвращаются за вычетом стоимости уже оказанных услуг и фактически понесенных Исполнителем расходов по выполнению условий и положений настоящего Договора.
- 5.3.1 Возврат денежных средств осуществляется на основании письменного заявления Заказчика.
- 5.3.2 Денежные средства возвращаются Заказчику либо надлежащим образом уполномоченному лицу.
- 5.4 Заказчик/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.
- 5.5 Расчеты, определенные п. п. 5.3 -5.4. настоящего Договора, осуществляются не позднее 10 (десяти) 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.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 7.1 С момента подписания настоящего Договора все предыдущие соглашения между Сторонами, заключенные на неопределенный срок, прекращают свое действие.
- 7.2 Стороны согласовали возможность подписания настоящего Договора, приложений к нему, в том числе информированных добровольных согласий, дополнительных соглашений к Договору, соглашений о дополнительных услугах, иных документов в электронном виде с использованием приложения «Госключ» (<https://www.gosuslugi.ru/goskey>) или иного аналогичного приложения путем подписания документов усиленной неквалифицированной/квалифицированной электронной подписью Заказчика, выданной в инфраструктуре электронного правительства, и усиленной квалифицированной электронной подписью работника Исполнителя. Стороны признают, что подписание указанных документов, связанных с оказанием платных медицинских услуг электронной подписью через приложение «Госключ» или иного аналогичного приложения признается равнозначной собственноручной подписи и порождает для подписанта юридические последствия в виде возникновения, изменения и прекращения прав и обязанностей.
- 7.3 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.
- 7.4 Местом исполнения настоящего Договора/Дополнительного соглашения является место оказания медицинских услуг - 630007, г. Новосибирск, ул. Коммунистическая, д. 17/1; 630007, г. Новосибирск, ул. Коммунистическая, д. 17; 630132, г. Новосибирск, пр-кт Димитрова, д. 7.
- 7.5 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 подписывая настоящий Договор дает согласие на обработку, в том числе автоматизированную (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение), своих персональных данных (включая специальную категорию сведений о состоянии здоровья) АО МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР "АВИЦЕННА", Обществам, входящим в состав Группы Компаний «Мать и дитя», а также передачу по поручению иным лицам в целях оказания медицинских услуг в рамках исполнения настоящего Договора (с перечнем Обществ, входящих в состав Группы компаний «Мать и дитя», а также иных лиц возможно ознакомиться по ссылке: <https://mamadeti.ru/personal-data/documents/>). Согласие действует со дня его подписания до достижения целей обработки персональных данных. Согласие может быть отозвано, в части не противоречащей требованиям законодательства Российской Федерации, путем направления соответствующего письменного документа (заказное письмо с уведомлением о вручении), либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю Исполнителя по адресу: 630007, г. Новосибирск, ул. Коммунистическая, д. 17. Сведения, определяющие политику в отношении обработки персональных данных размещены в сети Интернет на сайте www.mamadeti.ru.
- 7.6 Стороны согласовали, что любое сообщение, требование, запрос или иной документ направляется Сторонам по контактам, указанным в п. 8 настоящего Договора.
- 7.7 Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.
- 7.8 Перечень приложений к данному договору:
 - Приложение 1. Информированное добровольное согласие Пациента/Законного представителя на медицинское вмешательство.
- 7.9 До заключения настоящего Договора Заказчик ознакомлен и уведомлен:

<ul style="list-style-type: none"> - 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/Госпитале 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: TEST TEST TEST Дата и место рождения: Паспорт: выдан Адрес регистрации по месту жительства: Адрес фактического проживания: Тел.: Электронная почта:	Исполнитель: АО МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР "АВИЦЕННА" Адрес юридического лица: 630007, г. Новосибирск, ул. Коммунистическая, д. 17 ИНН 5406137478 ОГРН 1025402478782 Лицензия № Л041-00110-54/00588927 от 16.12.2020 года Орган, выдавший лицензию: Министерство здравоохранения Новосибирской области Расчетный счет № 40702810716030000815 в Филиал Банка ВТБ (ПАО) в г.Красноярске Корреспондентский счет № 3010181020000000777 БИК 040407777 Менеджер
--	---

ПОДПИСИ СТОРОН

<input checked="" type="checkbox"/> _____ / TEST TEST TEST	_____ /
--	---------



**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, TEST TEST TEST, 01.01.2000 года рождения, зарегистрированный по адресу _____ проживающий по адресу _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (неужное зачеркнуть) в МЦ "АВИЦЕННА" АО МЦ "АВИЦЕННА".

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним и риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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 (неужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Данное согласие действительно в течение всего срока оказания услуг в медицинской организации.

✓

(подпись)

TEST TEST TEST

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

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(дата оформления)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, TEST TEST TEST, _____ года рождения, зарегистрированный 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, сбора 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 и 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 Невизуальные (нехирургические) исследования органа зрения и зрительных функций.
- 1.7 Невизуальные (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), кардио томография (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 и изображение исследуемого объекта при помощи рентгеновских лучей), ультразвуковые исследования, доплерографические исследования (исследование кровотоков).
- 1.12 Магнитно-резонансная томография (метод исследования различных структур организма без рентгеновского облучения за счет использования физического явления ядерного магнитного резонанса).



- 1.13 Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрисуставно, промывание лор-органо в лекарственными препаратами.
- 1.14 Медицинский массаж.
- 1.15 Лечебная физкультура, плавание (для грудничков).

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

- 2.1 о целях медицинского вмешательства, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним и 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;
- 2.2 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.;
- 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 врачом препаратов, самостоятельное 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, 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 порядка и условий 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/Госпитале;
- 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;
- что разрешаю делать фотографии и видеозаписи, связанные с процессом оказания медицинской помощи, с соблюдением врачебной тайны при условии, что идентификация меня как пациента и личности не будет, и фото- и видеоматериалы останутся анонимными.

На основании вышеизложенного, я **добровольно и осознанно принимаю решение об оказании мне (представляемому) платных медицинских услуг в Клинике 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/Госпитале.

Пациент/Законный представитель Пациента _____ /TEST TEST TEST

Медицинский работник _____
(Подпись)

Дата: _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЗАКАЗЧИКОМ/ПАЦИЕНТОМ (при необходимости)

В соответствии со статьями 13, 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я запрашиваю разъяснение сведений, составляющих врачебную тайну (сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении), в том числе, после моей смерти, следующим лицам:

_____ (ФИО)

_____ (ФИО)

Пациент/Законный представитель Пациента _____ /

(Подпись)

Дата: _____

Подпись