

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг

г. Видное Московская область

—

___202__ г.

_____, именуемый(ая) в дальнейшем **Потребитель (Заказчик)** с одной стороны и **ООО "ПОЛИКЛИНИКА № 2 ВИТА МЕДИКУС"**, именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице _____, действующего(ей) на основании Доверенности от _____.____.____ г., выданной Управляющим ООО "ПОЛИКЛИНИКА № 2 ВИТА МЕДИКУС" Харисовым Вагизом Галимовичем, действующим на основании Устава и Договора управления, с одной стороны, именуемые по отдельности «Сторона» и вместе «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1. В соответствии с настоящим договором и Лицензией на осуществление медицинской деятельности Л041-01162-50/00371234, выданной Министерством здравоохранения Московской области (МО, г. Красногорск, бульвар Строителей, д.1, телефон 8-498-602-03-01) Исполнитель принимает на себя обязательства оказать платные медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Потребитель (Заказчик) обязуется принять и оплатить их.

2. Предметом настоящего договора являются услуги, включенные в перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (приложение к Положению о лицензировании медицинской деятельности, утв. постановлением Правительства РФ от 01.06.2021 N 852), и указанные в лицензии на осуществление медицинской деятельности (п. 3 Правил).

1.3. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (его законного представителя), данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.

• Путём подписания настоящего договора Потребитель (Заказчик) подтверждает и соглашается с тем, что:

– до заключения настоящего договора Исполнителем ему предоставлена информация о Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;

- до заключения настоящего договора он ознакомлен с информацией об Исполнителе, о лицензии на право осуществления медицинской деятельности и соответствующем ей перечне платных услуг Исполнителя, а также о ценах на услуги, условиях, сроке, порядке, форме предоставления и порядке их оплаты, о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, о графике работы медицинских работников и режиме работы, о контролирующих органах как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей.

- понимает возможность получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Выбор платных медицинских услуг является осознанным и добровольным. Пациент согласен получить медицинскую помощь (медицинские услуги) Исполнителя на платной основе.

уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинских работников, предоставляющих платные медицинские услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на его состоянии здоровья;

- соглашается с тем, что при приеме (осмотре, консультации) может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов обследования, которые осуществляются за дополнительную плату;

- в случае если Заказчиком и Потребителем являются два разных лица, подтверждает, что согласие на медицинские услуги Потребителю – презюмируется.

1.5. Презюмируется, что действия Потребителя и Заказчика по поводу оказания медицинских услуг по договору являются согласованными. Исполнитель не несёт ответственности в случае отсутствия согласованности в волеизъявлении Заказчика и Потребителя.

2. Права и обязанности сторон

2.1. При оказании медицинских услуг Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказывать медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика).

Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.4. По требованию Потребителя (его законного представителя) предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

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

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

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

- другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

2.1.5. Исполнитель предоставляет Потребителю (его законному представителю) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

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

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

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

2.1.8. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя (Заказчика).

2.2. Исполнитель при предоставлении медицинских услуг имеет право:

2.2.1. Определять длительность лечения, объем медицинских услуг, необходимость перевода в отделения другого профиля в соответствии с состоянием здоровья Потребителя.

2.2.2. Требовать от Потребителя соблюдение предписанного приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний.

2.2.3. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в проведении лечебно-диагностических процедур.

2.2.4. Принять денежные средства от третьего лица в качестве исполнения обязательства по договору, если Потребитель (Заказчик) не заявит об обратном.

2.2.5. В случае если Потребитель опаздывает на приём по предварительной записи на 10 (Десять) минут и более – Исполнитель вправе приступить к приёму последующего потребителя с предложением опоздавшему ожидать приема, либо же предложить прием у другого врача или иного предложить запись на прием на другую дату и время.

2.2.6. В целях обеспечения безопасности, соблюдения прав посетителей при оказании медицинских услуг в коридорах (на пути эвакуации), в регистратуре, в кабинетах оказания медицинской помощи осуществлять открытое наблюдение путем установления видеокамер, направленных на рабочие места сотрудников, с целью осуществления контроля качества предоставляемых медицинских услуг.

2.2.7. В целях сохранения лояльности Потребителей (Заказчиков) – вводить в действие программы лояльности (программы привилегий) для поощрения использования услуг Центра.

2.4. При получении медицинских услуг Потребитель (Заказчик) обязуется:

2.3.1. Предоставить необходимую и достоверную информацию о состоянии своего здоровья и здоровья ближайших родственников, отягощенной наследственности, перенесенных и имеющихся заболеваниях, данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), наличии вредных привычек, вредных и опасных условиях труда, аллергических реакциях на лекарственные препараты, пищевые продукты и т.п., иных известных ему особенностях организма, способных оказать влияние на ход лечения и его эффективность, о наличии заболеваний, представляющих опасность для окружающих, если ему заранее известно о наличии данного заболевания;

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

2.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

2.3.4. При посещении иметь при себе документ, удостоверяющий личность и предъявлять их по требованию администрации, лечащего врача для оформления необходимой медицинской документации. Извещать Исполнителя об изменении персональных данных, указанных в договоре в течение 7 (семи) рабочих дней с даты такого изменения.

2.3.5. Оплачивать оказываемые медицинские услуги в соответствии с условиями договора, соблюдать программу лояльности (программу привилегий) и не злоупотреблять ей.

2.3.6. В случаях, когда страховая компания отказывается по каким-либо причинам либо не в состоянии оплатить в связи со своим финансовым положением счета за оказанные такому Потребителю медицинские услуги, оплачивать такие счета самостоятельно.

2.4. Потребитель (Заказчик) при получении медицинских услуг имеет право:

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

2.4.2. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.

2.4.3. Получать информацию о поставленном диагнозе, необходимых методах диагностики и лечения, о возможных осложнениях, медицинскую документацию.

2.4.4. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.4.5. Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость услуг Исполнителя определяется Прейскурантом цен, действующим на дату оказания медицинской услуги, размещенном на информационных стендах на стойке Регистратуры и на официальном сайте Исполнителя: vitaemedicus.ru., с которым Потребитель (Заказчик) ознакомлен на момент подписания настоящего договора и согласен с ним.

3.2. Центр вправе изменять Прейскурант цен в период действия договора. Информация об изменении стоимости медицинских услуг, а также измененный Прейскурант цен доводятся до Пациента (Заказчика) путем размещения на информационных стендах на стойке Регистратуры, официальном сайте Исполнителя: www.vitaemedicus.ru, при обращении по телефону +7 (495) 137-97-97.

3.3. Если иное не предусмотрено договором, Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю медицинские услуги до начала их оказания.

3.4. В стоимость приема (осмотра, консультации) врача любого направления не входит стоимость проводимых в ходе приема диагностических, лабораторных исследований, медицинских манипуляций, расходуемых при проведении манипуляции материалов и медикаментов. Они оплачиваются отдельно, согласно ценам, предусмотренным в Прейскуранте.

3.5. Любые лабораторные и диагностические исследования (вне стационара) оказываются на условиях предварительной оплаты за исключением случаев проведения таких исследований врачом в ходе осуществления приема/консультации или оплаты услуг юридическими лицами.

3.6. Стоимость дополнительных медицинских услуг определяется по Прейскуранту цен, действующему на момент оказания дополнительной услуги.

3.7. Согласие Потребителя (Заказчика) на проведение медицинской услуги и факт её получения одновременно означает и согласие Потребителя (Заказчика) на оплату этой услуги по Прейскуранту.

3.8. При оказании платных медицинских услуг, для которых требуется изготовление и/или приобретение Исполнителем за плату медицинских изделий (медикаментов) в индивидуальном порядке, стоимость таких медицинских изделий (медикаментов) оплачивается Потребителем (Заказчиком) на условиях предоплаты. В случае отказа в

ходе лечения от выбранной медицинской услуги, для которой Исполнителем на момент отказа уже изготовлены и/или приобретены медицинские изделия (медикаменты) в индивидуальном порядке, сумма затрат на такие медицинские изделия (медикаменты) Потребителю (Заказчику) не возвращается.

3.9. Прейскурант Исполнителя может включать в себя медицинские услуги комплексного характера, в которые могут входить как несколько одинаковых услуг, так и несколько разных. Комплексность таких услуг будет следовать из их наименования – «ПРОГРАММА», «КУРС». Стоимость комплексной услуги ниже, чем если бы приобретались входящие в нее медицинские услуги по отдельности (предоставление скидки), в связи с чем при заказе таких услуг Потребитель (Заказчик) понимает и согласен, что их приобретение носит рискованный характер как для него самого, так и для Исполнителя (риск для Исполнителя заключается в предоставлении медицинских услуг в большем объеме, но за меньшую плату, а для Потребителя (Заказчика) в возможном не исчерпании всех услуг, входящих в состав комплексной услуги). В случае отказа от услуг, входящих в комплексную услугу, после их приобретения и частичного исчерпания, а также требования произвести возврат денежных средств, считается, что Потребитель (Заказчик) отказался от предоставленной ему скидки, в связи с чем производится возврат остатка денежных средств после пересчета исчерпанных услуг в соответствии с Прейскурантом Исполнителя, как если бы приобретались услуги по отдельности (не в комплексе). Правила настоящего пункта распространяются также и на комплексные предоперационные обследования (исследования).

3.13. Приёмка услуг по Договору оформляется Актом об оказании медицинских услуг. Акт, при наличии запроса Потребителя (Заказчика), вручается нарочно на стойке Регистратуры. В случае отсутствия запроса на выдачу акта об оказанных медицинских услугах, а также в случае отсутствия возражений в отношении оказанных медицинских услуг в течение 10 (Десять) календарных дней с даты оказания услуг по договору, такие услуги считаются принятыми Потребителем (Заказчиком) в полном объёме и с надлежащим качеством, а Акт об оказанных медицинских услугах подписывается Исполнителем в одностороннем порядке.

3.14. В случае неисполнения Потребителем (Заказчиком) обязательств по оплате оказанных медицинских услуг Исполнитель вправе осуществить следующие меры по отдельности или в совокупности:

приостановить предоставление медицинских услуг до полного погашения образовавшейся задолженности;

потребовать уплаты неустойки в размере 0,2% от неуплаченной суммы за каждый календарный день просрочки платежа;

потребовать расторжения договора.

4. Порядок и срок оказания медицинских услуг.

4.1. Объем и характер медицинских услуг устанавливается на основании предварительного диагноза и пожеланий Потребителя (Заказчика), если они не противоречат общепринятой лечебной практике.

4.2. До оказания Центром медицинских услуг по запросу Потребителя (Заказчика) может быть составлена смета на оказание медицинских услуг (смета медицинских расходов). Смета на оказание медицинских услуг составляется без учета особенностей конкретного случая и базируется на статистическом анализе типичных расходов при данном предположительном диагнозе. По медицинским показаниям лечащим врачом могут назначаться дополнительные исследования, манипуляции. Окончательный счет может отличаться от сметы расходов.

4.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему договору производится в порядке предварительной записи на прием. Предварительная запись на прием осуществляется через Регистратуру лично, посредством телефонной связи или на официальном сайте Центра: vitaemedicus.ru.

4.4. Срок оказания медицинских услуг зависит от состояния здоровья Пациента и определяется, исходя из объема профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, режима работы Исполнителя и графика работы врача.

Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается Исполнителем в день обращения по предварительной записи при условии оплаты, если иной порядок не установлен в порядках и стандартах оказания медицинской помощи, а также при доступности выбранного Потребителем врача.

4.5. Исполнитель вправе привлекать для оказания медицинских услуг по договору иные организации, имеющие лицензии на медицинскую деятельность и соответствующие иным требованиям действующего законодательства.

4.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям (экстренной медицинской помощи), такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с действующим законодательством.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ и настоящим договором.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.3. настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 2.3. настоящего договора.

6. Срок действия, порядок изменения и расторжения договора

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.2. Изменение и расторжение договора осуществляется по взаимному согласию Сторон, а также в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ и настоящим договором.

6.3. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя (Заказчика), при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.4. Центр вправе расторгнуть договор в случае:

- нарушения сроков оказания медицинских услуг и их оплаты по вине Потребителя (Заказчика);
- при неадекватном поведении Потребителя (Заказчика), нарушающем внутренний порядок организации и/или общественный порядок, и/или общепринятые нормы морали и поведения, и/или создающим угрозу нанесения экономического ущерба деятельности организации, ущерба ее деловой репутации;

- при отказе Потребителя (его законного представителя) от подписания Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг.

7. Заключительные положения

7.1. Все споры, вытекающие из настоящего договора, Стороны будут по возможности решать путем переговоров. При невозможности достижения согласия, спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.2. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя. В случае если договор заключается Потребителем и Исполнителем, он составлен в 2 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по экземпляру для каждой Стороны.

8. Адреса и реквизиты сторон

Пациент: _____ Паспорт выдан Проживает по адресу: _____ _____/_____/_____ (подпись)	Центр: ООО "ПОЛИКЛИНИКА № 2 ВИТА МЕДИКУС" Адрес местонахождения: Строительная ул, дом 3, помещение 19-25 ИНН:5003097247 КПП:500301001 ОГРН:1115003008922 р/с 40701810238360104005 в ПАО СБЕРБАНК Г. МОСКВА к/с 30101810400000000225 БИК 044525225, Телефон: 8(495)134-55-55 E-mail: info@vitaemedicus.ru Представитель по доверенности: _____/_____/_____ (подпись)
---	---

Согласие на обработку персональных данных пациента

Я, нижеподписавшийся

Проживающий по адресу: _____

Документ, удостоверяющий личность паспорт серия _____ номер _____, выдан

в соответствии с требованиями ст. ст. 23,24 Конституции РФ, ст. ст. 9, 10, ч.9 ст.10.1, 11 ФЗ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **в целях оказания мне медицинской помощи я даю свое согласие** на обработку в ООО "ПОЛИКЛИНИКА № 2 ВИТА МЕДИКУС", ИНН 5003097247 ОГРН 1115003008922, лицензия на осуществление медицинской деятельности Л041-01162-50/00371234, выданной Министерством здравоохранения Московской области (МО, г. Красногорск, бульвар Строителей, д.1, телефон 8-498-602-03-01), расположенном по адресу: Строительная ул, дом 3, помещение 19-25, сведения об информационных ресурсах Оператора (адрес, состоящий из наименования протокола (http или https), сервера (www), домена, имени каталога на сервере и имя файла веб-страницы) (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС) (если применимо), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС) (если применимо), реквизиты справки МСЭ (если применимо), место работы (если применимо), данные о состоянии здоровья, результатах обследований, анализов, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществления иных связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора при условии сохранения врачебной тайны.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей. Эти действия могут включать: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом действующего законодательства РФ.

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления персональных данных для достижения указанных выше целей третьему лицу, а равно как при привлечении третьих лиц к оказанию услуг в указанных целях, Оператор вправе в необходимом объеме осуществлять обмен (прием и передачу) моими персональными данными с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, следующим лицам:

- должностным лицам Оператора; лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора; ООО "ПОЛИКЛИНИКА № 2 ВИТА МЕДИКУС" (ИНН 5003097247, ОГРН 1115003008922, лицензия на осуществление медицинской деятельности Л041-01162-50/00371234, выданной Министерством здравоохранения Московской области (МО, г. Красногорск, бульвар Строителей, д.1, телефон 8-498-602-03-01, адрес местонахождения);

- страховым медицинским организациям (в рамках ОМС (ДМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Социальный фонд России, ФНС, Росстату, иным государственным органам.

Настоящее согласие считается данным мною любым третьим лицам, указанным выше, с учетом соответствующих изменений, и любые такие третьи лица имеют право на обработку моих персональных и биометрических данных на основании настоящего Согласия в целях оказания мне медицинской помощи.

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

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и на момент дачи настоящего Согласия составляет для поликлиники - пять лет, для стационара - двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Я уведомлен(а) Оператором и даю согласие на то, что в целях безопасности, обеспечения прав пациентов при оказании медицинских услуг в коридорах (на пути эвакуации), в регистратуре, в кабинетах оказания медицинской помощи Оператором осуществляется открытое наблюдение путем установления видеокамер, направленных на рабочие места сотрудников, с целью осуществления контроля качества предоставляемых медицинских услуг.

Я признаю и подтверждаю, что условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего Согласия Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов (если применимо) или в течение тридцати дней.

Настоящее согласие на обработку персональных данных дано мной добровольно, свободно, своей волей и в своем интересе. Я, находясь в сознании, понимая значение своих действий и не ошибаясь в отношении согласия, подтверждаю свое согласие на обработку своих персональных данных в соответствии с тем, как это описано выше.

Настоящее согласие дано мною __.__.202_ г, вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____ /

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по
адресу:

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"__" ____ г.
рождения,

_____ проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при
подписании законным
представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в ООО "ПОЛИКЛИНИКА № 2 ВИТА МЕДИКУС"

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

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

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

_____ г.