

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я _____

(фамилия, имя, отчество полностью, дата рождения)

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____

(вид документа)

выдан _____

(кем и когда)

Зарегистрированный (ая) по адресу: _____

_____ ,
в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО Клиника Исток (далее - Оператор) моих персональных данных, представленных в связи с оказанием мне медицинских услуг.

Я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные другим должностным лицам Оператора с целью ведения установленной медицинской документации.

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 отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), с использованием машинных носителей или по защищенным 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.

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

Настоящее согласие дано мной

(Ф.И.О. гражданина)

и действует бессрочно.

(подпись)

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

« ____ » _____ Г.

(дата оформления)

г. Звенигород _____ г.

Пациент _____

(ФИО физического лица)

« _____ » _____ года рождения, Паспорт серия _____ № _____ Выдан « _____ » _____ года,

зарегистрирован _____

Телефон: +7 (9 _____) _____ - _____ - _____, e-mail: _____, именуемый в дальнейшем «Пациент», именуемый в дальнейшем «Пациент», и ООО Клиника Исток, (ОГРН 1135032008154), в лице генерального директора Васильевой Ольги Владимировны, действующей на основании Устава и лицензии № Л041-01162-50/00341994 от 29.11.2018, выданной Министерством здравоохранения Московской области, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1 Исполнитель обязуется по желанию и с согласия Пациента при наличии медицинских показаний оказать пациенту платные медицинские услуги, Пациент – принять и оплатить оказанные услуги по прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2 Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг в ООО Клиника Исток в соответствии с ППРФ от 4 октября 2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и ФЗ N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1 Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату, наличие медицинских показаний и технической возможности для оказания медицинских услуг.

2.2. Лечащий врач, назначаемый по выбору Пациента, в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после предварительного собеседования и осмотра Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Пациента и получает его Информированное добровольное согласие, составляет предварительный план лечения, после чего проводит комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с диагнозом и предварительным планом лечения.

2.3 Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и заканчивается выполнением Сторонами обязательств по договору или после расторжения в соответствии с условиями Договора или законами РФ.

2.4. Срок оказания Услуг, а также их объем и стоимость зависят от состояния здоровья Пациента, диагноза, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Пациента, расписания работы врача и указываются в приложениях к Договору - Предварительном плане (планах) лечения.

2.5. Перечень оказываемых медицинских услуг указывается в Предварительном плане лечения, являющимся приложением к настоящему Договору, который составляется письменно после обследования и диагностики и который может изменяться по согласованию сторон и по медицинским показаниям.

2.6 Подписывая Договор, Пациент подтверждает, что до заключения Договора он ознакомился с прейскурантом Исполнителя, с правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с правилами поведения пациентов в клинике ООО Клиника Исток и обязуется их соблюдать.

3. Права и обязанности сторон

3.1 Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями Пациента.

3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг порядкам, стандартам и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.3. Ознакомить Пациента с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах, плане лечения и стоимостью услуг. При изменении плана лечения и стоимости услуг проинформировать Пациента и предоставить дополнительные услуги с его согласия или расторгнуть Договор по инициативе Пациента при несогласии Пациента с рекомендациями врача, несоблюдение которых может повлечь негативные последствия для здоровья, уведомив Пациента о последствиях.

3.2 Пациент обязан:

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять устные и указанные в Приложениях к Договору рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.

3.2.2. Подписывать Информированные добровольные согласия на оказание медицинских услуг, Предварительный план лечения, Акт приемки-сдачи оказанных услуг и иные документы и Приложения к настоящему договору.

3.2.3. Явиться в клинику за 10 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомлять Исполнителя за 24 часа об отмене назначенного врачом визита.

3.2.4. Во время действия настоящего Договора уведомлять Исполнителя об использовании препаратов, назначенных специалистами других лечебных учреждений и не получать медицинские услуги в других клиниках без предварительного уведомления Исполнителя (за исключением экстренной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях).

3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю в разумные сроки согласно врачебным рекомендациям.

3.2.6. При отказе от продолжения лечения у Исполнителя, Пациент обязан письменно уведомить об этом Исполнителя.

3.2.7. После завершения каждого этапа оказания услуг подписать Акт выполненных услуг и(или) акт сверки.

3.2.8. Неукоснительно соблюдать установленные Исполнителем рекомендации, правила поведения и прочие условия.

3.2.9. Оплатить оказанные Исполнителем услуги по Договору в соответствии с прейскурантом на момент оказания услуги.

3.2.10. Заботиться о своем здоровье, принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения.

3.2.12. При расторжении договора по инициативе Пациента оплатить оказанные Исполнителем услуги и иные фактически понесенные им затраты.

3.3 Исполнитель имеет право:

3.3.1. Изменять по медицинским показаниям и экономическим причинам предварительный план, вид, объем, сроки и стоимость платных медицинских услуг.

3.3.2. Направлять Пациента с его согласия в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения внешних специалистов для оказания дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату.

3.3.3. Расторгнуть данный Договор по инициативе Пациента при несогласии Пациента с предложенным Исполнителем планом лечения, его

стоимостью, внесенными Исполнителем в план лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости медицинских услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Пациенту медицинскую услугу силами Исполнителя, при отказе Пациента от продолжения лечения, при неявке Пациента на прием без уведомления, при несоблюдении пациентом врачебных рекомендаций и назначений, в том числе режима лечения.

3.3.4. Направить Пациента (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, или перенести визит и увеличить сроки оказания услуг.

3.3.5. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) и изменить сроки оказания услуг в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний.

3.3.6. Исполнитель вправе установить в холле и кабинетах клиники видеонаблюдение в целях обеспечения безопасности сотрудников, а также в целях осуществления контроля за качеством проводимого лечения.

3.3.7. Осуществлять фотофиксацию клинической ситуации, а затем выполненной работы в целях внутреннего контроля качества оказанных медицинских услуг.

3.3.8. В целях организации контроля качества оказываемых услуг и обеспечения безопасности врача и пациента производить видеозапись в холле клиники, а также в помещении лечебных кабинетов во время приема в соответствии с Положением об организации видеонаблюдения в медицинской организации. Заказчик (Пациент), при этом, осознает и согласен с тем, что Исполнитель использует изображение Заказчика (Пациента), его голос в обозначенных целях (обеспечение безопасности и контроль качества оказываемых услуг).

3.4 Пациент имеет право:

3.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.

3.4.2. На выбор врача с учетом получения согласия последнего осуществлять лечение пациента.

3.4.3. Получить выписку из своей медицинской документации, описание и копии результатов обследований.

3.4.4. Расторгнуть Договор посредством предоставления письменного отказа от лечения при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и всех понесенных Исполнителем затрат.

4. Порядок оплаты

4.1 Пациент производит оплату медицинских услуг по прейскуранту Исполнителя, действующему на день оказания услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала (при наличии) Исполнителя и банковских карт.

4.2 Медицинские услуги по плану лечения могут быть оплачены в полном размере предоплатой или частично путем внесения аванса. При досрочном расторжении Договора делается перерасчет за фактически оказанные услуги и возврат остатка ранее внесенного аванса Пациенту наличными или на расчетный счет в банке.

4.3 В случае изменения стоимости оказываемых Исполнителем платных медицинских услуг в процессе лечения делается перерасчет и производится оплата услуг по прейскуранту на момент оказания услуги с учетом этих изменений. Гарантия сохранения стоимости услуг по предварительному плану лечения сохраняется только при согласии Пациента на внесение предоплаты за предполагаемые по плану лечения услуги и оплате этих услуг авансом.

4.4 При досрочном расторжении Договора Исполнитель возвращает аванс Пациенту в течение 10 рабочих дней с момента расторжения договора с учетом оплаты фактически оказанных услуг и всех понесенных Исполнителем затрат.

4.5 При неоплате Пациентом стоимости оказанных медицинских услуг без предварительного письменного согласования в дополнительном соглашении к Договору рассрочки оплаты с Исполнителем, за каждый день просрочки со дня фактического оказания Исполнителем медицинских услуг, Пациент оплачивает пени в размере 1% стоимости неоплаченных медицинских услуг. Уплата пени не освобождает Пациента от оплаты оказанных услуг и в счет оплаты услуг не засчитывается.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с текущим разделом настоящего Договора. В случаях, не урегулированных данным разделом, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. В случае неблагоприятного исхода лечения в связи: с нарушением врачебных рекомендаций и режима лечения; с возникновением предполагаемых осложнений; при наступлении результата лечения по причинам, возможность возникновения которых была указана и согласована с Пациентом при получении Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг и иных приложений к настоящему Договору, предъявления претензий Пациента по качеству оказания медицинских услуг после вмешательства самого пациента или специалиста другой клиники, Исполнитель ответственности не несет.

5.3. Нарушение Пациентом правил поведения в клинике Исполнителя, повторное опоздание Пациента более чем на 15 минут или неявка на прием без уважительной причины и уведомления Исполнителя не позднее чем за 24 часа, невыполнение рекомендаций и назначений врача, в том числе режима лечения по срокам оказания услуг, отказ Пациента от продолжения лечения, появление в клинике Исполнителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также нарушения Пациентом обязательств, предусмотренных пунктами настоящего Договора, являются основанием для расторжения договора по инициативе Пациента и прекращения гарантийных обязательств по всем ранее оказанным Исполнителем платным медицинским услугам, если данные действия пациента могут стать причиной наступления факторов, препятствующих оказанию безопасной и качественной медицинской помощи и снизить качество ранее оказанных услуг, а также причинить прямой и косвенный вред здоровью Пациента.

5.4. В отношении услуги, на которую установлен гарантийный срок, исполнитель отвечает за ее недостатки, если не докажет, что они возникли после принятия услуги Пациентом вследствие нарушения им правил использования результата услуги, действий третьих лиц или непреодолимой силы. К ним, в частности, относятся травмы, операции, появление или обострение у Пациента в период гарантийного срока заболеваний, а также изменения состояния организма (вследствие беременности, приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий).

5.5 Исполнитель уведомляет Пациента о том, что при оказании медицинских услуг ожидаемый результат лечения, а тем более полное излечение, не может быть гарантировано. Успешность медицинских вмешательств оценивается путем статистических прогнозов на исходы различных заболеваний, о которых Пациенту сообщается в момент получения его Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, являющегося самостоятельным юридическим документом.

6. Порядок разрешения споров

6.1. Понимая субъективность оценки результатов отдельных видов медицинских услуг, в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных по Договору услуг, Стороны договорились проводить оценку результатов оказанных услуг на совместном заседании Пациента и Врачебной Комиссии Исполнителя, в том числе с привлечением Исполнителем сторонних специалистов. Стороны договорились о том, что качество оказанных платных медицинских услуг должно соответствовать Договору. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде. Срок устранения признанных Исполнителем претензий по Договору назначается Пациентом равным 3 месяцам.

6.2. Претензионный порядок рассмотрения споров обязателен. При не достижении согласия сторон в досудебном порядке, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения Исполнителя.

7. Прочие условия

7.1. Перечень, сроки, объем и стоимость мед. услуг согласовываются сторонами письменно в приложениях к Договору.

7.2. Оригиналы медицинских документов Исполнителя Пациенту не выдаются. По письменному требованию Пациента ему предоставляется выписка из медицинской документации в срок 10 рабочих дней с момента подачи заявления Пациентом.

7.3. Подписывая настоящий Договор, Пациент наделяет Исполнителя правом, при необходимости, провести оценку качества и эстетического

результата оказанных Пациенту медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, персональных данных и информации о состоянии своего здоровья, содержащейся в медицинской карте с условием сохранения конфиденциальности персональных данных и медицинской тайны.

7.4. Подписывая настоящий Договор, Пациент, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ “О персональных данных”, дает свое согласие на обработку персоналом ООО Клиника Исток своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты полиса ОМС(ДМС), данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС. В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде заказным письмом.

7.5. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

7.6. Подписывая данный Договор, Пациент подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлен и согласен с Правилами поведения пациентов, с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем, сроками их оказания и стоимостью по прейскуранту и правилами поведения в клинике Исполнителя и обязуется их соблюдать.

7.7. В случае лечения пациента по договору добровольного медицинского страхования все услуги, относящиеся к страховому случаю (подтверждается направлением от страховой компании), оплачиваются страховой компанией. Прочие услуги, на которые не распространяется действие страхового полиса ДМС, оплачиваются пациентом в соответствии с условиями настоящего Договора.

8. Срок действия, изменение и расторжение Договора

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и заканчивается по выполнению сторонами обязательств по Договору. Срок действия Договора не может превышать сроков службы овеществленных результатов услуг, оказанных Пациенту в соответствии с настоящим Договором.

8.2. Изменения и дополнения настоящего Договора возможны только путем составления письменного Дополнительного соглашения и его подписания всеми сторонами Договора.

8.3. Расторжение договора возможно по факту выполнения Сторонами всех обязательств по Договору, по инициативе Пациента, по обоюдному согласию Сторон путем направления письменного предложения о расторжении Договора, в соответствии с пунктом 5.3 и 3.3.4 Договора, либо в спорных случаях – по решению суда согласно законодательству РФ.

Реквизиты сторон:

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО Клиника Исток

Генеральный директор: Васильева О.В.

143180, Московская область

г.о. Одинцовский, г.Звенигород

ул. Комарова, д.10

ОГРН 1135032008154

ИНН 5015269892 КПП 501501001

р/с 40702810800000022187

в Филиал "ЦЕНТРАЛЬНЫЙ"

Банка ВТБ ПАО г.Москва

БИК 044525411

к/счет 30101810145250000411

Тел: 8(495)597-73-00

ЗАКАЗЧИК:

ФИО:

Паспортные данные

Адрес проживания:

Телефон

Генеральный директор _____ Васильева О.В.

Подпись _____ /

Анкета о состоянии здоровья

к медицинской карте №

Ф.И.О. пациента:

Дата рождения:

1. Обращались ли Вы в последний год в больницу или в поликлинику? Если да, то по какому поводу?	да нет	11. Являетесь ли Вы донором?	да не:
2. Имеются ли у Вас какие-либо общие заболевания? Если да, то какие?	да нет	12. Проводились ли Вам переливания крови? Если да, то по какому поводу?	да не:
3. Принимаете ли Вы постоянно какие-либо лекарственные препараты? Если да, то какие?	да нет	13. Наблюдается ли у Вас склонность к кровотечениям или кровоизлияниям?	да не:
4. Курите ли Вы?	да нет	14. Беременны ли Вы (для женщин)?	да не:
5. Злоупотребляете ли Вы алкоголем?	да нет	15. Имеется ли у Вас кровоточивость десен при чистке зубов?	да не:
6. Употребляете ли Вы наркотические средства?	да нет	16. Бывают ли у Вас высыпания на слизистой оболочке полости рта?	да не:
7. Связана ли Ваша работа с вредными условиями труда?	да нет	17. Были ли у Вас гнойные воспаления челюстно-лицевой области (в т.ч. гайморит и т.п.)?	да не:
8. Хорошо ли Вы переносите обезболивание?	да нет	18. Отмечали ли Вы у себя ночное скрежетание зубами (бруксизм)?	да не:
9. Были ли у Вас случаи аллергической реакции на лекарственные препараты? Если да, то на какие?	да нет	19. Наличие герпеса?	да не:
10. Есть ли у Вас проблемы с артериальным давлением (гипертония или гипотония)?	да нет	20. Страдаете ли вы перечисленными ниже заболеваниями? Если да, то укажите какими: <input type="checkbox"/> Сердца, <input type="checkbox"/> Сахарным диабетом, <input type="checkbox"/> Нервными болезнями, <input type="checkbox"/> Аллергией, <input type="checkbox"/> Щитовидной железой, <input type="checkbox"/> Вирус иммунодефицита (СПИД), <input type="checkbox"/> Почек, <input type="checkbox"/> Гепатитом, <input type="checkbox"/> Туберкулезом, <input type="checkbox"/> Ревматизмом, <input type="checkbox"/> Онкологическими, <input type="checkbox"/> Легких, <input type="checkbox"/> Печени, <input type="checkbox"/> Эпилепсией, <input type="checkbox"/> Крови	

Дополнительно к изложенному, я хочу сообщить следующие сведения о состоянии моего здоровья

Я, нижеподписавшийся(-ая) _____ понимаю, что ответы, данные мною на поставленные вопросы, имеют большое значение для успешного результата лечения и несу всю полноту ответственности за достоверность сообщенной мною информации.

(подпись)

(дата оформления)

Опросный лист для сбора эпидемиологического анамнеза

к медицинской карте №
в связи с введением режима повышенной готовности
по предотвращению распространения COVID-19

Ф.И.О. пациента:

Дата рождения:

№ п/п	Вопросы для пациента	да / нет	Подробности (если «да», то указать страну; кем был контакт)
1	Посещал ли пациент в последние 14 дней страны и регионы неблагополучные по COVID-19?	да нет	
2	Наличие у пациента клинических проявление ОРВИ (кашель, чихание, боль в горле, заложенность носа, озноб, повышение температуры тела)?	да нет	
3	Наличия тесных контактов за последние 14 дней с лицами, находящимися в карантине в связи с прибытием из стран и регионов неблагополучных по COVID-19?	да нет	
4	Наличия тесных контактов за последние 14 дней с лицами, находящимися под наблюдением по COVID-19?	да нет	
5	Наличия тесных контактов за последние 14 дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз COVID-19?	да нет	
6	Наличия тесных контактов за последние 14 дней с лицами, у которых имелись клинические проявление ОРВИ (кашель, чихание, боль в горле, заложенность носа, озноб, повышение температуры тела)?	да нет	

Я ознакомлен с мерами административной и уголовной ответственности за предоставление недостоверной информации и его последствиями.

(подпись)

(дата оформления)

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 №

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО Клиника Исток. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ней риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение качественных инвентарь и инструментов с соблюдением соответствующих стандартов, и протоколов лечения. Я понимаю, что специалисты ООО Клиника Исток не несут ответственность за последствия медицинских осложнений лечения, аллергических реакций, побочные действия лекарственных средств и иных препаратов, за качество ранее проведенного в других медицинских учреждениях лечения и возникновение негативных последствий, связанных с возникновением, наличием и обострением уже имеющихся у меня острых и хронических заболеваний. Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и инвентарь, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. У меня была возможность задать все интересующие меня вопросы и получить на них понятные и исчерпывающие ответы.

Я даю разрешение проводить все необходимые лечебные мероприятия на усмотрение лечащего врача и использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью или делающих невозможным лечение в выбранном объеме, я даю согласие на изменение характера лечения, проведение срочных диагностических, лечебных и организационных мероприятий, направленных на немедленное устранение всех болезненных состояний независимо от степени их тяжести и угрозы жизни, предусмотренные утверждёнными стандартами оказания медицинской помощи, действующими на территории Российской Федерации.

Мне в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от них.

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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, 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.

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

(подпись)

(Ф. И. О. пациента)

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

« _____ » _____ 20____ г.