ДОГОВОР №
на предоставление платных медицинских услуг (трёхсторонний договор).

г. Москва, 24 августа 2023 г.
Акционерное Общество «Медицинские услуги» Поликлиника №6 им. Г.Е. Порхачевой, Лицензия №ЛО-77-01- 019339 от 24 декабря 2019 года, выданная Департаментом здравоохранения г. Москвы, на осуществление медицинской деятельности ((499) 251-83-00 Адрес: 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43) **– приложение №1,** Свидетельства о внесении записи в в Единый Государственный реестр о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года, серия 77 № 004881417 от 18 .09.2002 года, выданное Управлением МНС России по г. Москве (495) 276-22-22 129110, г. Москва, ул. Б. Переяславская, д. 168 именуемое в дальнейшем «**ИСПОЛНИТЕЛЬ**», и гражданин Ф.И.О. плательщика **,** г.р.,
паспорт серия , № , выдан , код подразделения
зарегистрированный по адресу: , именуемый в дальнейшем **«ПЛАТЕЛЬЩИК»** и
«**ПАЦИЕНТ** Ф.И.О. пациента Тест Тест Тест, 27.04.1997 г.р.,
паспорт серия 01 24, № 076212, выдан Отделением по р-ну ХОВРИНО ОУФМС РОССИИ ПО ГОР. МОСКВЕ В САО, 11.05.2010 г.
зарегистрированный по адресу: 125581, Москва, ул. Флотская, д. 13, к. 1, кв. 163 заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. **Исполнитель** на основании обращения **Пациента** обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с действующей лицензией на медицинскую деятельность, а **Плательщик** обязуется оплатить **Исполнителю** эти услуги в размере порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2. Перечень, стоимость медицинских услуг, сроки оказания и порядок оплаты

2.1. Перечень оказываемых **Пациенту** медицинских услуг, их стоимость и срок оказания согласовывается сторонами договора, и указываются в талонах амбулаторного приема, выдаваемых **Исполнителем** и подписываемых **Пациентом** при каждом обращении пациента и являющихся приложением к настоящему договору. Стоимость медицинских услуг определяется действующим на момент обращения за медицинской услугой прейскурантом.

2.2. Оплата услуг осуществляется **Плательщиком** в порядке 100% предоплаты до получения услуги путем внесения наличных денежных средств, в кассу **Исполнителя** или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет **Исполнителя.**

2.3. **Плательщику** в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек, квитанция или иные документы).

2.4. Датой оплаты **Плательщиком** медицинских услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет **Исполнителя** или день внесения денежных средств в кассу **Исполнителя.**

3.Условия предоставления медицинских услуг

3.1. **Исполнитель** оказывает услуги по месту нахождения своих структурных подразделений:
г. Москва, улица Строителей, дом 6, корпус 1, а также при необходимости по просьбе **Пациента** («вызов на дом»)

3.2. Медицинские услуги предоставляются **Исполнителем** при наличии информированного добровольного согласия Пациента (или его **Законного представителя**). Одновременно Исполнитель уведомляет Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) **Исполнителя** (работающего у него медицинского работника), 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 состоянии здоровья Пациента.

3.3. Медицинская карта **Пациента**, которая заводится **Исполнителем** после заключения настоящего договора, находится постоянно у **Исполнителя**, хранится в регистратуре и является его собственностью. **Пациент** не вправе самостоятельно забирать медицинскую карту, а также вносить в нее различного рода комментарии, дополнения и т.п., изымать из карты данные осмотров, результаты анализов и обследований.

3.4. **Исполнителем** после оказания медицинских услуг по просьбе **Пациента** выдаются медицинские документы, отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

3.5. Пациент имеет право на получение бесплатной медицинской помощи по программам государственных гарантий в медицинских организациях, работающих в системе ОМС. АО «Медицинские услуги» Поликлиника №6 им. Г.Е. Порхачевой не работает в системе ОМС.

4. Права и обязанности сторон.

4.1. **Пациент имеет право**:

4.1.1. Получать от **Исполнителя** медицинские услуги, определенные настоящим Договором и приложениями к нему.

4.1.2. Ознакомится с прейскурантом, лицензией и иными документами, на основании которых действует **Исполнитель.**

4.1.3. Получить информацию о предоставляемой медицинской услуге, а также о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

4.1.4. Отказаться от получения услуги (до момента начала ее оказания) и после предъявления талона и кассового чека получить обратно оплаченную сумму с возмещением **Исполнителю** затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

4.1.5. Знакомиться с данными в медицинской карте, получить справку (заключение) о результате медицинского обследования, по письменному заявлению получить ксерокопию медицинской карты, выписки из неё.

4.1.6. Предъявлять требования о возмещении вреда, причиненного жизни или здоровью **Пациента** в результате предоставления некачественной медицинской услуги

4.2. **Пациент обязан**:

4.2.1. Представить **Исполнителю** документы, удостоверяющие личность **Пациента** и касающиеся состояния его здоровья.

4.2.2. Оплачивать услуги **Исполнителя** в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

4.2.3. Соблюдать правила оказания медицинских услуг **Исполнителя,** правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения.

4.2.4. Информировать врача – сотрудника **Исполнителя** о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача сотрудника **Исполнителя** и нести ответственность за результаты действий или решений, принятых самостоятельно, выполнять все рекомендации медицинского персонала -сотрудников **Исполнителя,** оказывающего ему медицинские услуги по лечению, в том числе, соблюдать рекомендации, предписанные на период после оказания услуг.

4.2.5. Полностью возместить **Исполнителю** понесенные расходы в размере не превышающем стоимости медицинских услуг, если Услуга не могла быть оказана или ее оказание было прервано по вине или по желанию **Пациента.**

4.3. **Исполнитель имеет право**:

4.3.1. Получать от **Пациента** любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору и давать рекомендации (предписания) по соблюдению режима лечения, приема лекарственных препаратов, режима питания и др. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления **Пациентом** информации или невыполнения рекомендаций (предписаний) Исполнитель имеет право прекратить или приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации и выполнения рекомендаций (предписаний).

4.3.2. Отказаться от оказания медицинской услуги при отсутствии её оплаты **Плательщиком** на условиях настоящего договора до оплаты её последним, а также наличии у пациента противопоказаний к медицинской услуге (услугам).

4.3.3. В случае возникновения неотложных (экстренных) состояний **Пациента** самостоятельно определять объем исследований и лечения, необходимых для установления диагноза и оказания ему медицинской помощи.

4.4. **Исполнитель обязан**:

4.4.1. Ознакомить **Пациента** с Правилами предоставления платных медицинских услуг и Правилами поведения в медицинской организации.

4.4.2. Обеспечить **Пациента** бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, данных о конкретном медицинском

работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации), методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

4.4.3. Оказать медицинские услуги качественно, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями и в указанный в Договоре срок.

4.4.4. На основании результатов обследований дать **Пациенту** рекомендации (предписания) и разъяснения о способах лечения, при необходимости - предложить дополнительные исследования, консультации специалистов.

4.4.5. По просьбе **Пациента** представлять для ознакомления документы об оказания услуг и выдавать соответствующие заключения (справки), ***по письменному заявлению*** выдать ксерокопию медицинской карты, выписку из нее.

4.4.6. Представлять для ознакомления по требованию **Пациента** копию Устава **Исполнителя,** положения о его обособленном структурном подразделении и лицензии на осуществление медицинской деятельности.

5.Конфиденциальность.

5.1. **Пациент** в соответствии со ст.9 Федерального закона №261-ФЗ от 25.07.2011 «О персональных данных» даёт своё согласие на обработку(сбор, систематизация, накопление, обновление, изменение, обезличивание, блокирование, уничтожение) своих персональных данных(Ф.И.О., пол, дата рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, данные о состоянии моего здоровья) сотрудникам Исполнителя, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными соблюдать врачебную тайну (ст.13 ФЗ № 323 «Об охране здоровья граждан в РФ»)

6. Ответственность сторон. Изменение и расторжение договора. Разрешение споров.

6.1. За неисполнение или ненадлежащие исполнение условий настоящего договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим на момент подписания договора законодательством Российской Федерации.

6.2. Вред, причиненный жизни и здоровью **Пациента** в результате предоставления некачественной медицинской услуги, подлежит возмещению **Исполнителем** в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания Услуги в случаях несоблюдения **Пациентом** рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.

6.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение другой Стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

6.5. Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон.

6.6**. Пациент** вправе в любое время в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора при условии оплаты **Исполнителю** фактически понесенных им расходов, а **Исполнитель** вправе отказаться от исполнения обязательств, при условии возмещения **Плательщику** убытков в размере оплаченных им, но не оказанных **Пациенту** медицинских услуг.

6.7. Возникший спор или разногласия, решаются сторонами путем переговоров, возможного привлечения независимой экспертной комиссии, а также в судебном порядке.

6.8. До предъявления иска в суд сторона, считающая, что ее права нарушены, должна направить другой стороне письменную претензию. Претензия может быть направлена заказным письмом с уведомлением, на электронную почту или при личном присутствии. Претензия должна содержать контактные данные заинтересованной стороны, требования и их обоснование с указанием нарушенных другой стороной норм действующего законодательства и (или) условий Договора. К претензии должны быть приложены копии документов, подтверждающие изложенные обстоятельства. Сторона, получившая претензию, обязана ее рассмотреть и направить письменный мотивированный ответ другой стороне в течение 10 (десяти) дней с момента получения претензии. В случае неполучения ответа в указанный срок либо несогласия с ответом заинтересованная сторона вправе обратиться в суд.

7. Срок действия договора.

7.1. Настоящий договор вступает в действие с момента его подписания Сторонами, заключается на неопределенный срок и является основанием для оказания медицинских услуг Исполнителем при неограниченном количестве обращений Пациента.

8.Адреса сторон.

Исполнитель		**Пациент**
АО «Медицинские услуги» Юридический адрес: 129329 г. Москва, ул. Кольская, д.2, корп. 3 Фактический адрес: г. Москва, ул. Кольская, д2, корп. 3 ОГРН 1027700231195 ИНН 7708043526 КПП 771601001 Р/с 40702810700000047042 К/с 30101810145250000411 БИК 044525411 Филиал Центральный Банка ВТБ (ПАО) г. Москва Справочный стол 8(499)238-37-40		ФИО пациента: Тест Тест Тест паспорт серия 01 24, № 076212, выдан 11.05.2010 Отделением по р-ну ХОВРИНО ОУФМС РОССИИ ПО ГОР. МОСКВЕ В САО, код подразделения 770-027 Контактный адрес: 125581, Москва, ул. Флотская, д. 13, к. 1, кв. 163 **Плательщик:** ФИО паспорт серия , № , выдан , код подразделения Контактный адрес:
М.П. Смирнов А.С._001 Подпись сотрудника, номер доверенности		_____/Тест Тест Тест/ Подпись пациента Ф.И.О. пациента _____// Подпись плательщика Ф.И.О. плательщика

Согласие пациента
на обработку персональных данных

Имя пациента (Ф.И.О.): Тест Тест Тест
Дата рождения: 27.04.1997
Вид документа, удостоверяющего личность
Реквизиты документа (серия, номер): 01 24 076212
Кем выдан: Отделением по р-ну ХОВРИНО ОУФМС РОССИИ ПО ГОР. МОСКВЕ В САО
Код подразделения 770-027 Дата выдачи: 11.05.2010
Место регистрации: 125581, Москва, ул. Флотская, д. 13, к. 1, кв. 163

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», я проинформирован и согласен с тем, что в ходе моего лечения в качестве пациента Акционерного общества «Медицинские услуги» (АО Медицинские услуги – Поликлиника №6 им. Г.Е. Порхачевой» (ИНН 7708043526, ОГРН 1027700231195) (далее – Оператор) мои персональные данные, включающие: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), факты обращения за медицинской помощью, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, медицинском диагнозе, количестве, датах, и иных показателях, оказываемых мне процедур, сведения, полученные при обследованиях и лечении, а также иная документация, составленная в процессе моего лечения, будут собраны и введены в электронную базу Оператора.

Я также согласен с тем, что мои персональные данные будут обработаны Оператором и использованы лечащим врачом и/или иным немедицинским персоналом в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях контроля и улучшения качества моего лечения, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Я также согласен с тем, что вышеуказанные персональные данные будут обработаны АО «Медицинские услуги» - Поликлиника №6 им. Г.Е. Порхачевой для формирования отчетности, предоставляемой в Министерство здравоохранения Российской Федерации и его территориальные подразделения, Фонд обязательного медицинского страхования Российской Федерации и его территориальные подразделения, уполномоченным страховым компаниям в рамках исполнения договорных и иных обязательств АО «Медицинские услуги» - Поликлиника №6 им. Г.Е. Порхачевой по оказанию медицинских услуг, а также в целях исполнения своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС).

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Обработка моих персональных данных может включать в себя сбор, запись, анализ, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление и/или изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление персональных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет – для стационара, пять лет – для поликлиники.

Настоящее согласие дано мной 24 августа 2023 г.. и действует бессрочно.

Я отдаю себе отчет, что некоторые мои персональные данные относятся к врачебной тайне, и я могу отказаться от подписания настоящего документа.

Я предоставляю свои персональные данные и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе.

Я проинформирован, что я могу отозвать согласие на обработку моих персональных данных. При этом я осведомлен, что отсутствие моих персональных данных в базе данных АО «Медицинские услуги» - Поликлиника №6 им. Г.Е. Порхачевой делает невозможным полноценный анализ лечения, проводимого мне в диализном центре АО «Медицинские услуги».

Отзыв согласия на обработку персональных данных составляется в свободной форме, должен быть подписан самим пациентом, либо его законным представителем, и лечащим врачом пациента, принявшим документ об отзыве согласия на обработку персональных данных. Документ об отзыве согласия на использование персональных данных должен быть прикреплен АО «Медицинские услуги» - Поликлиника №6 им. Г.Е. Порхачевой к ранее полученному документу о согласии пациента на обработку его персональных данных.

Контактный телефон(ы) +7(926)341-25-18 и e-mail myarits@mail.ru

Я хочу получать информацию об услугах АО «Медицинские услуги» - Поликлиника №6 им. Г.Е. Порхачевой:

- ☐ SMS
- ☐ E-MAIL

Свое согласие на обработку моих персональных данных подтверждаю.

24 августа 2023 г.

Тест Тест Тест _____
ФИО пациента полностью __
Подпись пациента

Для несовершеннолетних или недееспособных пациентов:

Законный представитель:
Дата рождения:
Вид документа, удостоверяющего личность

Реквизиты документа (серия, номер):

Кем выдан:

Код подразделения Дата выдачи:

Место регистрации:

Документ, подтверждающий полномочия представителя:

_____
(реквизиты документа полностью, копия прилагается)

24 августа 2023 г. _____
Подпись представителя

Данные оператора:
Организация: АО Медицинские услуги – Поликлиника №6 им. Г.Е. Порхачевой»

ИНН 7708043526, ОГРН 1027700231195

Юр. адрес: 129329, г. Москва, ул. Кольская, д.2, к.3

Ф.И.О. и подпись сотрудника, получившего согласие пациента: Смирнов А.С._001

_____

Согласие пациента
на распространение (прием/передачу) персональных данных

Имя пациента (Ф.И.О.): Тест Тест Тест
Дата рождения: 27.04.1997
Вид документа, удостоверяющего личность
Реквизиты документа (серия, номер): 01 24 076212
Кем выдан: Отделением по р-ну ХОВРИНО ОУФМС РОССИИ ПО ГОР. МОСКВЕ В САО
Код подразделения 770-027 Дата выдачи: 11.05.2010
Место регистрации: 125581, Москва, ул. Флотская, д. 13, к. 1, кв. 163

в соответствии с требованиями статьи 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», я проинформирован и согласен с тем, что в ходе моего лечения в качестве пациента Акционерного общества «Медицинские услуги» (АО Медицинские услуги – Поликлиника №6 им. Г.Е. Порхачевой» (ИНН 7708043526, ОГРН 1027700231195) (далее – Оператор) мои персональные данные, включающие: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), факты обращения за медицинской помощью, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, медицинском диагнозе, количестве, датах, и иных показателях, оказываемых мне процедур, сведения, полученные при обследованиях и лечении, а также иная документация, составленная в процессе моего лечения, могут быть переданы другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

Оператор имеет право, во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС), на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с Министерством здравоохранения Российской Федерации и его территориальными подразделениями, Фондом обязательного медицинского страхования Российской Федерации и его территориальными подразделениями, уполномоченными страховых компаний, в иные организации с целью отчетности о проводимом лечении, с использованием машинных носителей или по каналам связи, без специального уведомления меня об этом, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

При необходимости, мои персональные данные могут быть представлены Оператором в суд, в случае возникновения любых споров, связанных с оказанием медицинских услуг (АО Медицинские услуги – Поликлиника №6 Им. Г.Е. Порхачевой» без специального уведомления меня об этом.

Распространение моих персональных данных может включать в себя прием и/или передачу персональных данных.

Я разрешаю (не разрешаю) предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, в том числе и после моей смерти, включая информацию о факте обращения за медицинской помощью, данные о состоянии здоровья, медицинском диагнозе, количестве, датах, оказываемых мне процедур, следующим лицам:

- работодатель: _____;
  (Наименование (полное/сокращенное), ИНН, КПП)
- супруг(а): _____;
- мать: _____;
- отец: _____;
- сын: _____;
- дочь: _____;
- иные лица: _____;

(Ф.И.О. полностью, реквизиты документа, удостоверяющего личность)

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

Настоящее согласие дано мной 24 августа 2023 г. и действует до «___» _____ 202__г.

Я отдаю себе отчет, что некоторые мои персональные данные относятся к врачебной тайне, и я могу отказаться от подписания настоящего документа.

Я предоставляю свои персональные данные и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе.

Я оставляю за собой право потребовать прекратить распространять мои персональные данные. В случае получения такого требования Оператор обязан немедленно прекратить распространять мои персональные данные, а также, по моему отдельному запросу, сообщить перечень третьих лиц, которым персональные данные были переданы.

Отзыв согласия на обработку персональных данных составляется в свободной форме, должен быть подписан самим пациентом, либо его законным представителем, и лечащим врачом пациента, принявшим документ об отзыве согласия на обработку персональных данных. Документ об отзыве согласия на использование персональных данных должен быть прикреплен АО «Медицинские услуги» - Поликлиника №6 им Г.Е. Порхачевой к ранее полученному документу о согласии пациента на обработку его персональных данных.

Контактный телефон(ы) +7(926)341-25-18 и e-mail myarits@mail.ru

Я хочу получать информацию об услугах АО «Медицинские услуги» - Поликлиника №6 им. Г.Е. Порхачевой:

- ☐ SMS
- ☐ E-MAIL

Свое согласие на обработку моих персональных данных подтверждаю.

24 августа 2023 г.

Тест Тест Тест _____

ФИО пациента полностью __

Подпись пациента

Для несовершеннолетних или недееспособных пациентов:

Законный представитель:
Дата рождения:
Вид документа, удостоверяющего личность

Реквизиты документа (серия, номер):

Кем выдан:

Код подразделения Дата выдачи:

Место регистрации:

Документ, подтверждающий полномочия представителя:

_____

(реквизиты документа полностью, копия прилагается)

24 августа 2023 г. _____

Подпись представителя

Данные оператора:
Организация: АО Медицинские услуги – Поликлиника №6 им. Г.Е. Порхачевой

ИНН 7708043526, ОГРН 1027700231195

Юр. адрес: 129329, г. Москва, ул. Кольская, д.2, к.3

Ф.И.О. и подпись сотрудника, получившего согласие пациента: Смирнов А.С._001

_____

Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н

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, Тест Тест Тест 27.04.1997

(фамилия, имя, отчество полностью, дата рождения)

зарегистрированный по адресу

(адрес места жительства гражданина либо 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в АО "Медицинские услуги" Поликлиника №6 им. Г.Е. Порхачевой
Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. 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” (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 3 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)

Тест Тест Тест +7(926)341-25-18

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

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

(подпись)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

24 августа 2023 г.
(дата оформления)

Перечень определенных видов медицинских вмешательств:
1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.