

ДОГОВОР №

г. Пенза

«__» _____ 202__ г.

_____(ФИО), действующий(ая) от своего имени и в своих интересах, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с одной стороны, и ООО «КДЛ на Измайлова», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Общества Черновой Ольги Федоровны, действующего на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Сведения об Исполнителе

Фирменное наименование: Общество с ограниченной ответственностью «Клиника диагностики и лечения на Измайлова». Сокращенное – ООО «КДЛ на Измайлова». Адрес юридического лица: Пензенская область, г. Пенза, ул. Измайлова, стр. 71. ОГРН 1145834003105, запись в реестре государственной регистрации юридического лица ИНН-5834063350. Наименование регистрирующего органа - Инспекция Федеральной налоговой службы по Железнодорожному району г. Пензы.

Лицензия на осуществление медицинской деятельности Л041-01166-58/00344242 от 07.02.2019 г., выдана Министерством Здравоохранения Пензенской области (г. Пенза ул. Пушкина, 163 тел. +78412488101). Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность ООО «КДЛ на Измайлова» в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности содержится в Приложении № 1 к Договору.

2. Предмет Договора

2.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги (далее «Услуги»):

Код услуги	Наименование	Цена	Кол-во	Стоимость
ИТОГО:				

в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденному в установленном порядке, а Потребитель обязуется оплатить оказанные Услуги в сроки и порядке, определённые настоящим Договором.

2.2. По настоящему Договору Потребитель Услуг является одновременно Пациентом и заказчиком Услуг.

Пациент уведомлен и согласен на то, что цитологическое и (или) гистологическое исследование осуществляется не Исполнителем, а сторонними организациями, обладающими необходимыми возможностями и соответствующими лицензиями, на основании заключенных Исполнителем с ними договоров на оказание медицинских услуг. Исполнитель не несет ответственности за качество выполненных исследований сторонними организациями.

2.3. Услуги предоставляются Исполнителем Потребителю в соответствии с требованиями и порядками, установленными действующими нормативными актами Российской Федерации (далее - РФ), с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения РФ, на основании клинических рекомендаций, локальными актами Исполнителя. Качество Услуг соответствует требованиям, предъявляемым к услугам аналогичного вида.

2.4. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

2.4.1. ознакомил его с Прейскурантом цен на платные медицинские услуги и Лицензией на осуществление медицинской деятельности (Приложение №1), Порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утверждены Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 года № 736), которые размещены на интернет-сайте Исполнителя, а также информационном стенде, размещённом в помещении Исполнителя, и доступны неограниченному кругу лиц в течение рабочего времени Исполнителя;

2.4.2. проинформировал его о конкретном медицинском работнике, предоставляющем Услугу (его профессиональном образовании и квалификации), методах оказания Услуги (медицинской помощи), связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах Услуги, о других сведениях, относящихся к предмету Договора;

2.4.3. уведомил его о том, что несоблюдение назначений (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, оказывающего Услуги) могут снизить качество Услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. Уведомил об обязанности соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинской клинике.

2.5. Настоящим Договором Потребитель подтверждает, что добровольно согласился на оказание ему Услуг на платной основе и уведомлен, что

стоимость оказанных по Договору Услуг не подлежит возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования, а так же своей волей и в своем интересе дает согласие на обработку персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места жительства, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья), необходимых для исполнения Договора, а так же защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

2.6. Перечень, стоимость, сроки и порядок оплаты, условия и сроки предоставления Услуг определяются настоящим Договором, Приложениями к нему и/или дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3. Условия и сроки предоставления Услуг

3.1. Услуги предоставляются при наличии Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

3.2. Услуги оказываются Исполнителем в лице медицинских работников, указанных в договоре.

3.3. Отсутствие ожидаемого Потребителем результата, если Исполнитель при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиям Договора, предпринял все необходимые профессиональные действия, не является основанием для признания Услуги ненадлежащей.

3.4. Информация о методах оказания медпомощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах доводится до Потребителя перед ее оказанием в зависимости от вида медицинской помощи, путем подписания между Потребителем и Исполнителем информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

Перечень и стоимость оказываемых Потребителю услуг содержатся в пункте 2.1 настоящего договора.

3.5. Сроки оказания Услуг определяются Исполнителем на основании предварительной записи, осуществленной Потребителем. Услуги по настоящему договору будут оказаны в период с _____ по день выписки Пациента (дата выписки).

Сроки ожидания предоставления Услуг - в назначенный день по предварительной записи или в день обращения при наличии свободных специалистов и технической возможности.

3.6. Факт оказания Услуг фиксируется в Акте выполнения работ, который составляется в двух экземплярах и подписывается медицинским работником,

оказавшим услугу, Исполнителем и Потребителем (его представителем). Подписью в указанных документах Потребитель подтверждает, что Услуги, до их оказания, согласованы с ним (наименование, объём, стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом, сроки и порядок оплаты, др.), оказаны в полном объеме и претензии на момент подписания документов к качеству оказанных Услуг отсутствуют.

Если Потребитель отказывается от подписания Акта выполненных работ – это не означает его отказ от приемки оказанных Услуг, за исключением случаев направления в адрес Исполнителя мотивированного письменного отказа Потребителя от приемки Услуг. В этом случае мотивированный письменный отказ должен быть направлен Исполнителю в течение 10 (десяти) календарных дней со дня оказания Услуг, в противном случае оказанные медицинские услуги считаются принятыми Потребителем в полном объеме и подлежат оплате.

3.7. В случае, если в процессе оказания Услуг возникнет необходимость оказания дополнительных услуг Стороны согласовывают их перечень и стоимость путём заключения Дополнительного соглашения к договору. Предоставление Исполнителем Потребителю дополнительных услуг без согласия Потребителя не допускается.

4. Права и обязанности Сторон

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. оказывать Потребителю услуги в порядке, объемах и сроки, согласованными Сторонами и в соответствии с условиями Договора и дополнительных соглашений

4.1.2. оказывать Потребителю услуги силами квалифицированного медицинского персонала, с использованием медицинских изделий (инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы, др.), зарегистрированных в РФ в порядке, установленном нормативными актами РФ;

4.1.3. оказывать услуги как специалистами Исполнителя, так и силами третьих лиц, имеющих с Исполнителем договорные отношения;

4.1.4. предоставлять Потребителю информацию об условиях предоставления и оказания услуг, их стоимости, о квалификации и сертификации медицинских работников, оказывающих услуги;

4.1.5. в случае изменения времени оказания услуги, уведомить об этом Потребителя не позднее, чем за 2 (Два) часа до начала оказания услуги;

4.1.6. вести медицинскую документацию в установленном законодательством РФ порядке;

4.1.7. предоставлять по требованию Потребителя оригиналы или копии медицинских документов;

4.1.8. в процессе оказания услуг предоставлять Потребителю в доступной для него форме информацию о состоянии его здоровья, сведения о результатах обследований, диагнозе, методах лечения, связанных с ними рисков, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства;

4.1.9. незамедлительно извещать Потребителя о невозможности оказания услуг либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания услуг, что оформляется Дополнительным соглашением к настоящему Договору;

4.1.10. соблюдать конфиденциальность информации, касающейся здоровья Потребителя (врачебная тайна) и медицинскую этику.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. отказать в оказании Услуги или приостановить оказание Услуги Потребителю, если такой отказ непосредственно не угрожает жизни Потребителя и здоровью окружающих, по следующим основаниям:

- неадекватное поведение Потребителя, связанное с алкогольным, наркотическим или токсическим опьянением, действия Потребителя, связанные с нарушением общественного порядка на территории Исполнителя, действия Потребителя, угрожающие жизни и здоровью работников и посетителей Исполнителя;

- выявленные у Потребителя противопоказания к Услугам, которые он желает получить;

- отказ Потребителя подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, согласие на обработку персональных данных, настоящий Договор, Дополнительное соглашение;

- отказ Потребителя от обследований, отсутствие результатов которых препятствует дальнейшему оказанию услуги;

- наличие непреодолимых обстоятельств (стихийное бедствие, пандемия, эпидемия и др.);

- отсутствие медицинского работника, который должен оказать услугу по уважительным причинам либо производственной необходимости, а также при невозможности оказать услуги по техническим причинам.

4.2.2. хранить и обрабатывать персональные данные Потребителя в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

4.2.3. требовать от Потребителя бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка ООО «КДЛ»;

4.2.4. привлекать для оказания Потребителю Услуг третьих лиц, имеющих с Исполнителем договорные отношения;

4.2.5. требовать материального возмещения с Потребителя в случае причинения с его стороны ущерба имуществу Исполнителя;

4.2.6. на односторонний отказ от исполнения настоящего Договора в порядке и случаях, предусмотренных настоящим Договором и законодательством РФ.

4.3. Потребитель обязуется:

4.3.1. оплатить Услуги Исполнителя в порядке, предусмотренном настоящим Договором;

4.3.2. ознакомиться с текстом договора, с приложениями к договору а также со всеми документами, указанными в настоящем договоре;

4.3.3. предоставить Медицинскому работнику имеющиеся результаты предварительных исследований и консультаций специалистов (при их наличии), сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход оказания услуг , а также результаты лечения, проведенного в других медицинских организациях;

4.3.4. строго выполнять медицинские предписания, назначения, рекомендации Медицинских работников Исполнителя, как необходимые условия предоставления ему качественных услуг;

4.3.5. не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Медицинским работником приём лекарственных средств, лекарственных трав, биологически активных добавок (препаратов) и т.д.;

4.3.6. в период оказания услуг незамедлительно сообщать Медицинскому работнику о любых изменениях, связанных с самочувствием;

4.3.7. отказаться на весь период оказания услуг от употребления алкогольных напитков, наркотиков и лекарств, их содержащих, при их употреблении до оказания услуг;

4.3.8. заботиться о сохранении своего здоровья;

4.3.9. в случае выявления каких-либо недостатков в процессе оказания услуг, незамедлительно сообщить об этом Исполнителю;

4.3.10. своевременно подписывать Информированные добровольные согласия на оказание Услуг;

4.3.11. соблюдать график приема Медицинских работников. При возникновении причин изменения даты и/или времени оказания услуг или отмены назначенного приёма, оповестить по телефону администраторов Исполнителя не менее, чем за 2 (Два) часа до времени начала оказания Услуг.

4.4. Потребитель имеет право:

4.4.1. в доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, реабилитации и рисках, связанных с оказанием Услуг;

4.4.2. отказаться от получения услуг путем подписания соответствующего Отказа;

4.4.3. на защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

5. Цена Договора. Стоимость Услуг. Порядок расчетов

5.1. Цена Договора складывается из стоимости оказанных Исполнителем Потребителю услуг в период срока действия настоящего Договора.

5.2. Стоимость Услуг определяется в соответствии с действующим на момент обращения Потребителя к Исполнителю Прейскурантом цен на платные медицинские услуги, утверждённым Исполнителем.

5.3. Оплату услуг Потребитель вправе произвести наличными в кассу Исполнителя или безналичным способом с использованием платежных карт и иных электронных средств платежа;

5.3.1. Оплата услуг может быть произведена как самим Потребителем, так и любым третьим лицом, действующим в интересах Потребителя. При оплате по безналичному расчету плательщику необходимо указать за кого произведена оплата.

5.4. Оплата услуг осуществляется одновременно с подписанием настоящего договора и Приложений к нему.

5.5. Потребитель осуществляет 100% предоплату стоимости предоставляемых медицинских услуг. Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату установленного образца.

5.6. При досрочном расторжении Договора по инициативе Потребителя, он оплачивает услуги, фактически предоставленные ему Исполнителем.

6. Конфиденциальность

6.1. Стороны настоящим Договором подтверждают, что любая информация, которой они обмениваются в процессе исполнения настоящего Договора, носит конфиденциальный характер и не подлежит разглашению без письменного согласия каждой из Сторон, в том числе после истечения срока действия настоящего Договора или его досрочного расторжения.

6.2. Обязательство о соблюдении конфиденциальности не затрагивает случаи предоставления информации органам власти, правоохрнительным и судебным органам в порядке, установленном законодательством РФ.

6.3. Конфиденциальной информацией не может быть признана информация в отношении Потребителя, в том числе составляющая врачебную тайну, если такая информация размещена Потребителем самостоятельно в информационных источниках (СМИ, Интернет, др.) и находится в свободном доступе для третьих лиц.

7. Ответственность Сторон. Рассмотрение споров

7.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

7.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате некачественно оказанной Услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

7.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание Услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено Договором, в случаях:

- предоставления Потребителем неполной и (или) искаженной информации о своем здоровье;
- нарушения графика приема;
- нарушение рекомендаций, выданных Медицинскими работниками Исполнителя;
- прерывания Потребителем лечения без письменного уведомления Исполнителя.

7.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий Договора, в случаях осложнений и побочных

эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя (не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения), в случае, если Потребитель не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, и других осложнениях, в том числе, о которых Потребитель знал до начала и в процессе лечения, при обострении воспалительных процессов и других ухудшениях состояния здоровья Потребителя после несогласованного прерывания/изменения схемы лечения, по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

Исполнитель освобождается от ответственности за наступление сопутствующих и побочных свойств медицинского воздействия (осложнений), ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: -отказа потребителя от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений;

-невыполнения или ненадлежащего выполнения Потребителем назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома;

-отказа Потребителя от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения;

-наличия у Потребителя заболеваний, требующих лечения, скрытых Потребителем и, вследствие этого, неучтённых лечащим врачом при назначении лечения;

-наличия у Потребителя индивидуальной непереносимости и (или) патологической токсической реакции на лекарственные препараты;

7.5. Потребитель несет ответственность за вред, причиненный своими противоправными действиями, имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действием или бездействием Потребителя и/или лиц его сопровождающих, Потребитель обязуется в течение трех календарных дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

8.Рассмотрение споров

8.1. Споры и разногласия Сторон, связанные с неисполнением, либо с ненадлежащим исполнением своих обязательств в рамках Договора подлежат разрешению в досудебном порядке путем переговоров между Сторонами, либо направлением Потребителем в адрес Исполнителя письменной претензии.

Направление Потребителем претензии (обращения, жалобы) возможно на адрес электронной почты Исполнителя kdl.na.izmajlova@yandex.ru или на почтовый адрес: 440023, ПЕНЗЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ, Г ПЕНЗА, УЛ ИЗМАЙЛОВА, СТР. 71.

Срок рассмотрения претензии составляет 10 (Десять) календарных дней со дня ее получения. В течение указанного срока Исполнитель проводит экспертизу качества оказанных Потребителю Услуг, к которой имеет право привлечь третьих лиц (специалистов, экспертов, не являющихся работниками Исполнителя). Настоящим Договором Потребитель даёт Исполнителю своё согласие на предоставление его медицинской документации, содержащей сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам для проведения экспертизы качества услуг, в отношении которых предъявлена претензия.

В случае, если Стороны не придут к соглашению путём переговоров или по результатам рассмотрения претензии, споры рассматриваются в порядке, определенном действующим законодательством Российской Федерации.

Настоящим Исполнитель довел до Потребителя (Заказчика) информацию о том, что Потребитель (Заказчик) имеет право направлять обращения (жалобы) в органы государственной власти по любым удобным для него официальным адресам органов государственной власти.

8.2. При несоблюдении предусмотренных настоящим Договором сроков оплаты Услуг Исполнитель вправе потребовать от Потребителя уплатить неустойку в размере 1% (Один процент) от общей суммы задолженности за каждый день просрочки.

8.3. Исполнитель не несет ответственности за осложнения, возникшие в связи с применением расходного медицинского материала/медицинского изделия, предоставленного Потребителем.

8.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, эпидемии, пандемии, 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.

9. Порядок изменения и расторжения Договора

9.1. Все изменения и дополнения к Договору возможны по соглашению Сторон либо по другим основаниям, предусмотренным законодательством

РФ, и считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и надлежащим образом подписаны Сторонами.

9.2. Настоящий Договор расторгается досрочно:

9.2.1. по инициативе Потребителя (по любым основаниям) при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору. В этом случае Потребитель направляет Исполнителю письменное заявление о досрочном расторжении Договора. Исполнитель проводит сверку расчётов, при отсутствии задолженности, направляет Потребителю уведомление о расторжении Договора, которое одновременно считается соглашением Сторон о расторжении Договора. Дополнительное соглашение о расторжении Договора между Сторонами не заключается. Датой расторжения Договора считается дата уведомления Потребителя о расторжении Договора по его инициативе. Возврат стоимости оплаченных, но не полученных Потребителем Услуг (предоплата), осуществляется Исполнителем в течение 3 (Трёх) дней с момента расторжения Договора за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору (при их наличии);

9.2.2. по инициативе Исполнителя по основаниям, предусмотренным настоящим Договором и/или законодательством РФ. В этом случае Исполнитель направляет Потребителю уведомление о досрочном расторжении Договора, которое одновременно считается соглашением Сторон о расторжении Договора. Дополнительное соглашение о расторжении Договора между Сторонами не заключается. Датой расторжения Договора считается дата уведомления Потребителя о расторжении Договора. Стоимость оказанных и полученных Потребителем услуг не возвращается.

10. Заключительные положения

10.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента предоставления услуги или расторжения Договора по согласованию Сторон либо по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

10.2. В день завершения оказания медицинских услуг Потребителю выдается выписка из медицинских документов, отражающая состояние здоровья его после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Выписка выдается бесплатно. Копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя, выдаются ему Исполнителем в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ

от 31 июля 2020 г. № 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них".

10.3. Дистанционная передача информации в рамках Договора является правом, а не обязанностью Исполнителя.

10.4. Исполнитель не несет ответственность за сохранность личных вещей Потребителя, в том числе ценных.

10.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

10.6 Настоящий Договор заключен в 2 (Двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

11. Юридические адреса и подписи Сторон

ООО «КДЛ на Измайлова» ОГРН 1145834003105 ИНН 5834063350 КПП 583401001 Адрес юридический: 440023 г. Пенза, ул. Измайлова, стр. 71 Адрес фактический (почтовый): 440023 г. Пенза, ул. Измайлова, стр. 71 Интернет-сайт: izmailov-clinik.ru Генеральный директор _____ Чернова О.Ф. М.П. Медицинский работник _____ (_____)	ФИО пациента Адрес : Телефон Паспорт: _____ ФИО пациента <i>Подпись пациента</i>
---	--

Лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО-58-01-002216 от 07.02.2019 г., выданная Министерством Здравоохранения Пензенской области (г. Пенза ул. Пушкина, 163 тел.+78412488101).

Лицензия на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений Л017-01166-58/00144229 от 04.04.2016 г., выданная Министерством Здравоохранения Пензенской области (г. Пенза ул. Пушкина, 163 тел.+78412488101).

Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность ООО «КДЛ на Измайлова» с указанием цен в рублях (Прейскурант).

Сведения о квалификации и сертификации медицинских работников, оказывающих услуги в ООО «КДЛ на Измайлова»

можно уточнить путем сканирования qr-кода

УВЕДОМЛЕНИЕ

До заключения договора на оказание платных медицинских услуг ООО «КДЛ на Измайлова» уведомляет пациента _____,

ФИО пациента

что медицинская услуга _____,

наименование услуги

которая оказывается Клиникой платно может быть получена пациентом бесплатно, в медицинских учреждениях, работающих по системе ОМС.

Клиника также уведомляет Пациента, что несоблюдение рекомендаций медицинских работников, которые будут оказывать Пациенту медицинскую услугу в Клинике по назначенному режиму лечения, в том числе кратности, дозировке, сроков приема лекарственных препаратов, сроков осмотра Пациента, образу жизни (в том числе питания) и иных рекомендаций могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье пациента.

*ФИО, должность работника ООО «КДЛ на Измайлова», вручившего Пациенту
настоящее Уведомление.*

Подпись ФИО Пациента

Дата получения Уведомления _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____,
(ФИО пациента и дата рождения)

в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона «Об охране здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011, даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

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. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
7. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
8. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы.
9. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования доплерографические исследования.
10. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях данного медицинского вмешательства.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу выбранного медицинского вмешательства, осведомлен (а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения побочных эффектов и осложнений.

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен(а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключение:

(если имеются исключения, указать какие)

Мне была предоставлена возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, в том числе о степени риска и целесообразности применения предстоящего мне медицинского вмешательства. На все заданные вопросы я получил подробные и понятные мне ответы.

Своей подписью я подтверждаю, что добровольно соглашаюсь на осуществление указанного выше медицинского вмешательства на платной основе в Клинике диагностики и лечения на Измайлова и, получив всю необходимую информацию, осознанно даю настоящее добровольное согласие на получение указанной выше медицинской помощи в Клинике, а также внимательно прочитал и понял содержание всех документов, составленных в Клинике под которыми поставлена моя подпись.

«____»
Подпись пациента _____ / _____
Подпись врача _____ / _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАТИВНОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____
(ФИО, год рождения)
по собственной инициативе хочу сделать операцию

и даю свое добровольное согласие на ее проведение в ООО «Клиника диагностики и лечения на Измайлова».

Я согласен, что _____ (вид вмешательства)
будет производить _____ (ФИО врача) с участием медицинского
персонала Клиники, а при необходимости и с участием ассистентов.

Я предупрежден, что в ходе оказания мне согласованной медицинской помощи могут
возникнуть обстоятельства, требующие проведения дополнительного медицинского
вмешательства, в том числе и анестезиологического пособия и даю свое добровольное согласие на
это.

Я подтверждаю, что врачом _____ (ФИО врача) мне, в доступной и понятной для
меня форме разъяснен характер предстоящего мне медицинского вмешательства.

Я поставлен в известность, что все сотрудники Клиники, участвующие в оказании мне
медицинской помощи, гарантируют осуществление медицинского вмешательства на высоком
профессиональном уровне, что не исключает возможности возникновения факторов риска в виде
потери крови, инфекционных осложнений и иных непредвиденных обстоятельств, в том числе в
виде непреднамеренного причинения вреда здоровью, неблагоприятного исхода операции,
инвалидности и смерти.

Мне была предоставлена возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, в том
числе о степени риска и целесообразности применения предстоящего мне медицинского
вмешательства. На все заданные вопросы я получил подробные и понятные мне ответы.

Своей подписью я подтверждаю, что внимательно прочитал и понял содержание всех
документов, составленных в Клинике, под которыми поставлена моя подпись.

Обладея всей необходимой информацией, я прошу провести мне на платной основе
указанную выше операцию в ООО «Клиника диагностики и лечения на Измайлова» и осознанно даю
настоящее добровольное согласие на получение этой медицинской услуги в Клинике.

Настоящее добровольное информированное согласие получил врач

Подпись врача _____ / _____
Подпись врача- анестезиолога _____ / _____

Настоящее добровольное информированное согласие дал

Подпись пациента _____ / _____
« _____ » _____ 20 _____

Акт выполненных работ № к договору № от

В соответствии с договором № от ООО «КДЛ на Измайлова» оказало

ФИО пациента

услуги на сумму _____.

Услуги выполнены в полном объеме и в срок, указанный в договоре. Заказчик претензий по объему, качеству, и срокам оказания услуг не имеет.

«Исполнитель»

ООО «КДЛ на Измайлова»

ИНН 5834063350

КПП 583401001

ОГРН 1145834003105

г.Пенза, ул. Измайлова, 71

Тел. (8412) 23-47-73

«Потребитель»

Ф.И.О.

Адрес:

Телефон

Генеральный директор

_____ / О.Ф. Чернова

_____ /