**Договор № 000006464**

на оказание платных медицинских услуг

**г. Краснодар**

 **« \_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 \_ г.**

Гражданин (ка) или его (ее) законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество полностью)

именуемый в дальнейшем «Потребитель» (Заказчик), с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью «БОГАТЫРЬ» именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Чернобай Евгении Евгеньевны, действующего на основании, доверенности № 18 от 30.12.2016 года и осуществляющее деятельность на основании Лицензии № ЛО-23-01-010002 от 22.04 2016 года, выданной Министерством здравоохранения Краснодарского края, другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Определения**

**1.1. Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:**

 «платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании настоящего Договора;

 «потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

 «заказчик» - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу Потребителя;

 «исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям;

 «медицинская организация» - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

 «медицинский работник» - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности.

**2. Предмет Договора**

 2.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю на возмездной основе **медицинские услуги** в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (Лицензия № ЛО-23-01-010002 от 22.04 2016 года, выданной Министерством здравоохранения Краснодарского края), а Потребитель (Заказчик) обязуется своевременно оплатить оказанные услуги, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщения необходимых для этого сведений. .

2.1.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.

2.1.2. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), в случае его необходимости, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

 2.2. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Потребителю, оговариваются действующим Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке. По медицинским показаниям и /или с согласия Пациента ему могут быть оказаны и иные услуги, стоимость которых согласовывается с Потребителем (Заказчиком) дополнительно.

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

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. №1006);

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил его (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2.4. Подписав настоящий Договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

2.5. Срок (период, момент) предоставления медицинских услуг указывается в амбулаторной /стационарной карте.

**3.Условия и порядок оказания услуг**

 3.1. Услуги Заказчику оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится Потребителю (Заказчику) при заключении договора.

3.2. Исполнитель предоставляет услуги по настоящему договору в здании по адресу: г. Краснодар, переулок Плановый, 24, а также в медицинских организациях, с которыми имеются соответствующие договора.

3.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием, которая осуществляется через регистратуру посредством телефонной, факсимильной, интернет и иной связи.

3.4. В случае необходимости привлечения третьих лиц для оказания медицинских услуг Потребителю, Исполнитель привлекает третьих лиц, имеющих необходимые разрешения на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией.

При привлечении третьих лиц для оказания медицинских услуг Потребителю, Исполнитель обязан довести до сведения Потребителя (Заказчика) всю необходимую информацию о третьем лице, а также информацию о времени и месте оказания Потребителю данных медицинских услуг.

1. **Порядок расчетов**

4.1. Стоимость оказываемых Потребителю услуг определяется согласно действующему Прейскуранту цен, действующего у Исполнителя на дату оказания услуги.

 4.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем (Заказчиком) после оказания медицинских услуг (*наличными денежными средствами)* в кассе медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Потребителю (Заказчику) после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

4.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, [стоимость услуг может быть изменена](http://www.uristhome.ru/document/33/protokol-soglasheniya-po-dogovornoi-tsene) Исполнителем с согласия Потребителя (Заказчика) с учетом уточненного диагноза. Без согласия Потребителя (Заказчика), Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

4.4. Заказчику может быть предоставлена скидка и/или бонус в соответствии с Правилами оказания услуг, действующими на момент оказания услуг. С Правилами оказания услуг Заказчик может ознакомиться на сайте.

**5.Права и обязанности сторон**

5.1. Исполнитель обязан:

5.1.1. своевременно и качественно оказать Потребителю медицинские услуги в установленный срок;

5.1.2. предоставить Потребителю (Заказчику) доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемых услугах до подписания договора;

5.1.3. при оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке;

5.1.4. обеспечить Потребителя (Заказчика) в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о разрешении (лицензии) на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов, выполняющих данные медицинские услуги;

* + 1. обеспечить оказание медицинских услуг силами собственных специалистов или сотрудников медицинских учреждений, имеющих

 с Исполнителем договорные отношения;

* + 1. вести установленную нормативными правовыми актами уполномоченных органов РФ и Краснодарского края медицинскую

документацию, а также учет видов, объемов и стоимости оказываемых Потребителю (Заказчику) услуг;

* + 1. обеспечить Потребителю (Заказчику), по его желанию, непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Потребителя (Заказчика) или его законного представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя (Заказчика);
		2. хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Потребителя (Заказчика), и предоставлять ее без согласия Потребителя (Заказчика) только в установленных законодательством Российской Федерации случаях, а также доверенным лицам, указанным Потребителем (Заказчиком).
	1. Исполнитель имеет право:
		1. требовать от Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему

медицинских услуг;

* + 1. привлекать для оказания Потребителю медицинских услуг третьих лиц;
		2. в случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью Потребителя, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований и манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;
		3. в случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возврата Потребителю (Заказчику) стоимости оплаченной услуги;
		4. требовать от Потребителя (Заказчика) полной оплаты оказанных услуг.
	1. Потребитель (Заказчик) обязан:
		1. своевременно оплатить полную стоимость услуги;
		2. сообщить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и др.);
		3. соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Исполнителем, неукоснительно соблюдать рекомендации врачей;
		4. своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Потребителем (Заказчиком) условий договора, а также о необходимости изменения назначенного Потребителю (Заказчику) времени получения медицинской услуги.
	2. Потребитель (Заказчик) имеет право:
		1. получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге;
		2. отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения и получить оплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат, 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).
1. **Информация о предоставляемой услуге**

6.1. Заказчик дает разрешение на предоставление информации о состоянии своего здоровья, результатах обследования и лечения следующим лицам:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Фамилия, Имя, Отчество полностью)*

* 1. Заказчик информирован:
		1. О возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью;
		2. О том, что проведение медицинских манипуляций и (или) хирургических вмешательств могут повлечь за собой осложнения, которые являются следствием: основного заболевания, сопутствующих заболеваний, общего состояния организма, а так же - собственно хирургического вмешательства или манипуляции.
		3. О том, что в ходе проведения операции, первичный план операции может быть изменен в сторону расширения и (или) усложнения вмешательства, в соответствии с этим начальная цена операции (манипуляции) может быть изменена в сторону увеличения в соответствии с действующим прейскурантом.
		4. О несовершенстве медицинской науки и практики, невозможности в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения.
	2. В соответствии со ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152 ФЗ подтверждает свое согласие на обработку своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места проживания, контактные телефоны, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии здоровья, течения заболевания, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.
	3. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.
	4. Согласие на обработку персональных данных действует в течение срока договора, заключенного данным пациентом.
	5. Потребитель (Заказчик) дает 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).
	6. Потребитель (Заказчик) дает согласие на смс рассылки Исполнителя при проведении последним акций в том числе рекламного характера.
1. **Ответственность сторон**

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 предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.

7.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем (Заказчиком) условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

7.5. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

1. П**орядок изменения и расторжения договора**

8.1. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью договора.

**8.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.**

8.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим обстоятельствам, предусмотренным действующим законодательством российской Федерации.

1. **Прочие условия**
	1. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации и

Краснодарского края, регулирующим предоставление гражданам платных медицинских услуг.

9.2. Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения данного договора, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия – в судебном порядке.

9.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

9.4. Все приложения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью:

- Приложение №1 Перечень работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность медицинской организации Общества с ограниченной ответственностью «БОГАТЫРЬ» (ООО «БОГАТЫРЬ»);

- Приложение №2 Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором.

**Реквизиты и подписи сторон**

**«Исполнитель» «Заказчик»**

|  |  |
| --- | --- |
| **ООО «БОГАТЫРЬ» \_**Юридический адрес: г Краснодар пер. Плановый 24 ИНН 2310173279/КПП 231001001ОГРН1132310009831Телефон: 8 (800) 250 40 12Эл почта: info@zdrava123.ruЗав. регистратурой  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Чернобай Е.Е./  | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Фамилия Имя Отчество**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Дата рождения**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *Паспорт (серия, номер)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Выдан (дата выдачи, наименование органа ФМС выдавшего документ)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *(телефон)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *)*  *(подпись) (Ф.И.О.)*  |
|  |  |

Приложение №1

к Договору № 000006464 на оказание платных медицинских услуг «7» Сентябрь 2017 г.

**Перечень работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность медицинской организации Общества с ограниченной ответственностью «БОГАТЫРЬ» (ООО «БОГАТЫРЬ») ИНН 2310173279; ОГРН 1132310009831**

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы(услуги): при оказании доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, лечебному делу, медицинскому неотложной медицинской помощи, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии. Функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий, анестезиологии и реаниматологии. Гастроэнтерологии, дерматовенерологии, детской хирургии, колопроктологии, косметологии. Лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, нейрохирургии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, пластической хирургии, ревматологии. Рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии. Ультразвуковой диагностике, эндокринологии, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по : трансфузиологии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги) : при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: детской хирургии, педиатрии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, детской хирургии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, колопроктологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, медицинскому массажу, неврологии. Нейрохирургии. Онкологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, педиатрии, пластической хирургии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии. Физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по : медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым) ; при проведении экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

**Адрес места нахождения и места осуществления лицензируемого вида деятельности** 350059, Россия, Краснодарский край, г. Краснодар, Центральный округ, переулок Плановый, д.24

**Лицензирующий орган**

Министерство Здравоохранения Краснодарского края. Адрес 350000, г. Краснодар, ул. Коммунаров, 276

Единый телефон «Горячей линии» Министерства здравоохранения Краснодарского края по вопросам оказания медицинской помощи и льготного лекарственного обеспечения 8-800-200-03-66; канцелярия по обращениям граждан (861)992-53-03 факс (861)992-53-01 приемная министра (861)992-52-91; **Электронная почта** mz@krasnodar.ru

**Реквизиты и подписи сторон**

**«Исполнитель» «Заказчик»**

|  |  |
| --- | --- |
| **ООО «БОГАТЫРЬ» \_**Юридический адрес: г Краснодар пер. Плановый 24 ИНН 2310173279/КПП 231001001ОГРН1132310009831Телефон: 8 (800) 250 40 12Эл почта: info@zdrava123.ruЗав. регистратурой  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Чернобай Е.Е./  | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Фамилия Имя Отчество**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Дата рождения**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *Паспорт (серия, номер)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Выдан (дата выдачи, наименование органа ФМС выдавшего документ)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *(телефон)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***)*  *(подпись) (Ф.И.О.)*  |

**Информированное добровольное согласие пациента № 000006464**

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 в ООО «Богатырь».

Я,

*(Ф.И.О. пациента)*

Дата рождения: 10.10.2001 г.

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082):

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.

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

 (далее - Перечень) для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «Богатырь».

Медицинским работником

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(должность, Ф.И.О. медицинского работника)*

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними прогнозируемые риски, 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 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)*

Мне понятно, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников, выполняющих медицинские вмешательства, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Настоящим, подтверждаю, что я проинформирован о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

 Вследствие принятого мною решения я не имею, и не буду иметь претензий к ООО «Богатырь». Удостоверяю, что текст настоящего добровольного согласия мной лично прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | *(Ф.И.О. пациента)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | *(Ф.И.О. медицинского работника)* |

Дата оформления 7.<ДАТА\_М2>.2017г. По устному запросу пациент может получить копию данного документа.