**УВЕДОМЛЕНИЕ**

В соответствии с п.24 Постановления Правительства РФ №736 от 11.05.2023г ООО «Вертеброцентр» до заключения договора об оказании платных медицинских услуг настоящим уведомляет 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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия имя отчество

**Договор № K-\_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Екатеринбург « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г.

ООО «Вертеброцентр», в лице администратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании приказа №1-о, именуемое в дальнейшем «Клиника», с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА. ПЕРЕЧЕНЬ И СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ УСЛУГ**

1.1. Клиника обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг.

1.2. Перечень, стоимость и сроки медицинских услуг, оказываемых Пациенту в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении № 1 (Дополнительное соглашение), которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.3. По медицинским показаниям с согласия Пациента ему могут быть оказаны и иные услуги (в рамках имеющейся у Клиники лицензии), перечень и стоимость которых согласовывается в дополнительном соглашении к настоящему договору.

**2. УСЛОВИЯ, ПОРЯДОК И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

2.1. Клиника оказывает услуги по настоящему Договору в помещениях по адресу: г. Екатеринбург, ул. Кировградская 20, г. Екатеринбург, ул. Кировоградская,12, г. Екатеринбург, ул Бакинских Комиссаров,95, в соответствии с режимом работы Клиники и графиком работы медицинских работников Клиники.

2.2. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием по телефону регистратуры +73433630584 или посредством сети Интернет через сайт Клиники.

2.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Пациентом путём внесения аванса в размере 100%, не позднее дня оказания услуги всеми способами, не запрещенными законодательством РФ.

2.4. Пациент заверяет, что при заключении настоящего Договора:

Клиника ознакомила Пациента с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

Клиника в доступной форме проинформировала Пациента о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

Клиника ознакомила Пациента со своими локальными актами, в том числе регламентирующими порядок предоставления платных медицинских услуг: Правилами предоставления платных медицинских услуг, Прейскурантом цен на платные медицинские услуги, Положением об обработке персональных данных, Положением о порядке внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и иными;

Подписанием данного договора Пациент подтверждает свое согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) своих персональных данных в том числе посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки и отчетные формы в соответствии 152-ФЗ от 27.07.2006 года «О персональных данных».

2.5. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента, если такое согласие требуется в соответствии с действующим законодательством.

2.6. Срок ожидания оказания платных медицинских услуг исчисляется с даты записи Пациента на медицинскую услугу и завершается наступлением даты записи и фактическим оказанием услуги, составляет не более 60 дней. Сроки оказания медицинских услуг зависят от вида и объема медицинских услуг и определяются требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики, лечения, реабилитации (зависят от медицинской технологии, клинической ситуации и общего состояния Пациента).

2.7. Клиника, в том числе путем размещения на сайте и стенде Исполнителя, доводит до сведения Пациента перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг, сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении медицинских услуг, об уровне их образования и квалификации, образец договора, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении медицинских услуг, источник официального размещения стандартов медицинской помощи и клинических рекомендации («Официальный интернет-портал правовой информации» [www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)).

2.8. Клиника предоставляет Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию, предусмотренную законом «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 N 2300-1, Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ, постановлением правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.».

2.9. Клиника информирует Пациента о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказаниях медицинской помощи.

2.10. Копии медицинских документов, выписки из медицинских документов могут быть получены Пациентом в порядке и на условиях, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. Клиника обязуется:

3.1.1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора по действующим на момент заключения договора или дополнительного соглашения ценам (тарифам) после предоплаты медицинских услуг.

3.1.2. При предоставлении медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

3.1.3. Предоставить Пациенту в установленном порядке в доступной форме установленную законодательством информацию о Клинике и предоставляемых медицинских услугах.

3.1.4. Соблюдать 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», иные нормативные акты и локальные акты Клиники, связанные с осуществлением медицинской деятельности и предоставлением платных медицинских услуг.

3.1.5. При предоставлении услуг организовать и оказать медицинскую помощь:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

При этом Услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, при согласовании конкретных видов услуг в дополнительном соглашении.

3.1.6. Соблюдать врачебную тайну в порядке, установленном законодательством РФ. Предоставлять медицинские услуги в строгом соответствии с требованиями, предъявляемыми к методикам диагностических исследований, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

3.2. Клиника вправе:

3.2.1. Требовать от Пациента предоставления полной и достоверной информации, необходимой для качественного оказания ему медицинских услуг;

3.2.2. Отказать Пациенту в предоставлении медицинских услуг в случаях, невозможности их оказания, а также в случаях, предусмотренных действующим законодательством.

3.2.3. Осуществлять обработку персональных данных Пациента в порядке и пределах установленных законодательством РФ.

3.3. Пациент обязан:

3.3.1. Заблаговременно информировать Клинику о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае опоздания Пациента более чем 10 (десять) минут по отношению к назначенному Пациенту времени получения услуги Клиника оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги.

3.3.2. Добросовестно и полно предоставить Клинике сведения (в особо сложных случаях подтвержденные медицинскими документами) о перенесенных ранее заболеваниях, принимаемых медицинских препаратах, непереносимости или аллергических реакциях (в том числе на лекарственные средства), и вредных привычках (курение, употребление алкоголя и наркотических веществ), о перенесенных ранее хронических заболеваниях, оперативных вмешательствах и травмах, принимаемых лекарственных препаратах, ухудшении состояния здоровья в период, предшествующий медицинскому вмешательству, а также о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению условий договора или влияющих на качество оказываемых услуг, путем предоставления медицинских документов, заполнения предложенной Клиникой анкеты пациента и при устном опросе специалистами Клиники.

3.3.3. Соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Исполнителем, неукоснительно соблюдать рекомендации и режим лечения, установленные врачами Клиники, исполнять обязанности граждан в сфере охраны здоровья, установленные 323-ФЗ от 21.11.2011.

3.3.4. Своевременно оплатить стоимость услуг, предусмотренных настоящим договором и дополнительными соглашениями к нему.

3.3.5. Строго соблюдать порядок и режим, установленные в помещении Клиники.

3.4. Пациент вправе:

3.4.1. В доступной для него форме получать информацию о состоянии его здоровья, о медицинских услугах по настоящему договору.

3.4.2. Требовать сохранения конфиденциальности информации, содержащей врачебную тайну, в порядке, установленном ст.13 323-ФЗ от 21.11.2011.

3.4.3. Отказаться от медицинского вмешательства в письменной форме в порядке, предусмотренном Клиникой в соответствие с действующим законодательством. При этом Клиника не несет ответственности за возможные негативные последствия отказа Пациента от медицинского вмешательства.

**4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

4.1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Пациентом путём внесения аванса в размере 100%, не позднее дня оказания услуги всеми способами, не запрещенными законодательством РФ.

**5. СВЕДЕНИЯ О КЛИНИКЕ**

5.1. ОГРН 1186658045640, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица № 1186658045640 от 13 июня 2018, ИНФС №32, адрес ул.Стачек 17Б.

5.2. Клиника осуществляет медицинскую деятельность на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-66-01-006112 от 23 августа 2019 года, выдана Министерством здравоохранения Свердловской области, срок действия- бессрочно.

**6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ**

6.1. За ненадлежащее исполнение настоящего договора Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

6.2. Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон, путем подписания соглашения.

6.3. Изменение договора в одностороннем порядке не допускается.

6.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением друг друга не менее чем за 10 рабочих дней.

**7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до исполнения всех обязательств, взятых на себя сторонами.

7.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7.3. Стороны пришли к соглашению об использовании факсимильной подписи лица, уполномоченного подписывать дополнительные соглашения, приложения к настоящему Договору со стороны Исполнителя. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной и факсимильной подписи.

7.4. Пациент дает согласие на получение информации об акциях, скидках и напоминаниях о времени приема в виде телефонных звонков и SMS сообщений.

7.5. Письменные обращения (жалобы) могут быть направлены в Клинику заказным письмом или посредством электронной почты по адресам Клиники, указанным в настоящем договоре. Ответ на обращение (жалобу) направляется в адрес Пациента способом, указанным самим Пациентом.

**8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| Клиника: ООО «Вертеброцентр» | Пациент |
| ИНН 6686107122, КПП 668601001  ОГРН: 1186658045640  Адрес осуществления деятельности:  Г. Екатеринбург, ул.Кировоградская,20  Г. Екатеринбург,ул.Кировоградская,12  Г. Екатеринбург, ул. Бакинских Комиссаров,95  р/счет: 40702810438250001981 в Филиал «Екатеринбургский» АО «АЛЬФА-БАНК», к/счет: 30101810100000000964 , БИК 046577964  Телефон: +73433630584  Администратор на основании приказа № 1 о \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Фамилия имя отчество) | ФИО Пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  Экземпляр договора на руки получил  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных.**

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Вертеброцентр» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, 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.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

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 электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

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

Настоящее согласие дано мной 6 июня 2024 г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение № 2

к приказу Министерства

здравоохранения Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. № 1051н

**Информированное добровольное согласие**

**на медицинское вмешательство**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, | |  | | | | | | | | | |
|  | | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) | | | | | | | | | |
| « |  | » |  | | |  |  | | | г. рождения, зарегистрированный по адресу: | |
|  | (дата рождения гражданина либо законного представителя) | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |
| (адрес регистрации гражданина либо законного представителя) | | | | | | | | | | | |
| проживающий по адресу: | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | (указывается в случае проживания не по месту регистрации) | | | | | | |
| в отношении | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем) | | | | | | | |
| « |  | » |  | | | | |  |  | | г. рождения, зарегистрированный по адресу: |
|  | (дата рождения пациента при подписании законным представителем) | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| (в случае проживания не по месту жительства законного представителя) | | | | | | | | | | | |

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н[[1]](#footnote-1) (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем ко-

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| торого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в | |  |
|  | | (полное наименование медицинской организации) |
|  | | |
| Медицинским работником |  | |
|  | (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) | |

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

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

|  |
| --- |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | г. |
|  | (дата оформления) | | |  |

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предоставляю настоящее согласие ООО «Вертеброцентр» с целью получения медицинских услуг.

1.Понимаю, что несообщение врачу сведений о состоянии моего здоровья, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и результатах консультации.

2.Полностью понимаю суть изложенного, мне даны ответы на все заданные мною вопросы, я не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема предоставленной мне информации.

3.Даю согласие на следующий перечень видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.

3. Антропометрические исследования.

4. Термометрия, тонометрия.

5. Неинвазивные исследования органов зрения и слуха.

6. Оценка психического статуса.

7. Исследование функций нервной системы.

8. Лабораторные методы обследования, включая забор биологического материала.

9. Функциональные методы обследования.

10. Рентгенологические методы обследования, ультразвуковые исследования.

11. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, внутрисуставно, эпидурально, параневрально.

4. Также даю свое согласие на медицинское вмешательство в рамках мануальной терапии, остеопатии, массажа, иглоукалывания, проведение лечебного маневра при купулолитиазе (каналолитиазе).

5. Предупреждён(-на) о возможных осложнениях после проведенных вмешательств, а именно:

Гематомы, повреждение кожного покрова.

Временное усиление болевого синдрома.

Повышение или понижение артериального давления и пульса

Тошнота, рвота

Временное головокружение

6. Понимаю, что назначенные мне лекарственные препараты могут вызывать побочные эффекты и непереносимость. Также понимаю, что в первую очередь, перед приёмом лекарственного препарата я буду руководствоваться инструкцией по применению данного препарата.

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия имя отчество

Медицинский работник\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

1. Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082. [↑](#footnote-ref-1)