

ДОГОВОР № _____

**на оказание платных медицинских _____ 2023 г.
услуг**

Общество с ограниченной ответственностью «Бест клиник», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании Лицензии МЗ РО № ЛО-61-01-007815 от 11 августа 2020 года в лице генерального директора Вовченко Людмилы Айкарамовны, действующей на основании Устава Общества с одной Стороны, и (физическое или юридическое лицо)

(Фамилия Имя Отчество, дата рождения)

(документ, удостоверяющий личность)

(адрес места жительства)

именуемая(ый) в дальнейшем «Потребитель» («Заказчик»), с другой Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору «Исполнитель» предоставляет «Потребителю» медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с указанными ниже лицензией на осуществление медицинской деятельности согласно Прейскуранту цен (тарифов) на медицинские услуги (далее — Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а «Потребитель» обязуется оплатить оказанные услуги. Перечень медицинских услуг, оказываемых «Потребителю» в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении №1, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.2. Информация о лицензии ООО «Бест клиник» на осуществление медицинской деятельности и видах работ (услуг), оказываемых в составе лицензируемого _____ вида _____ деятельности:

- Лицензия № ЛО 61-01-007815 от 11.08.2020 выдана Министерством здравоохранения Ростовской области, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, 33, тел. (863) 223-77-91

1.3. Основные

понятия:

«Платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании настоящего Договора, в том числе Договоров добровольного медицинского страхования;

«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 №323-ФЗ «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 «Потребителю» в соответствии с Договором.

1.4. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии с «Положением об организации медицинской помощи по видам медицинской помощи (приложение № 10), а также в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.

1.5. «Потребитель» подтверждает, что до заключения договора «Исполнитель» предоставил ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением - Правительства РФ от 11.05.2023 № 736);

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

- уведомил его 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;

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

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

1.7. Настоящим договором не предусмотрено оказание медицинской помощи при наличии следующих сопутствующих заболеваний и связанных с ним осложнениях: особо опасные инфекции; заболевания, связанные с последствиями радиоактивных и однотипных с ним облучений; онкологические заболевания; тяжелые соматические заболевания; психические заболевания; неотложные состояния, являющиеся компетенцией служб "скорой помощи", травмы всех видов; прочие аналогичные заболевания.

1.8. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора с _____ по _____.

1.8.1. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.9. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия «Потребителя» (законного представителя Потребителя).

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. «Потребитель» обязан:

2.1.1. оплатить предоставленные «Исполнителем» медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении №1 согласно Прейскуранту цен (тарифов), и в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора,

2.1.2. предоставить «Исполнителю» (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не «Исполнителем» (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения на момент заключения настоящего Договора и в течение его действия;

2.1.3. во время нахождения на территории «Исполнителя» выполнять Правила внутреннего распорядка, установленные «Исполнителем», если они не ограничивают его права по действующему законодательству и настоящему Договору; Правила размещены на стенде в консультативно-диагностическом отделении и на сайте учреждения;

в случае невыполнения «Потребителем» Правил внутреннего распорядка клиники зафиксировать факт нарушения актом в составе комиссии, состоящей, по крайней мере, из трех сотрудников «Исполнителя» во главе с должностным лицом «Исполнителя», и сообщить о данном факте Заказчику, направив по его адресу письменное уведомление об этом.

2.1.4. выполнять назначения специалистов (врачей) «Исполнителя», за исключением случаев, указанных в п. 2.5.4. настоящего Договора:

2.1.5. при первой возможности информировать специалистов (врачей) «Исполнителя» о невыполнении сделанных ими назначений и причинах этого;

2.1.6. при предоставлении медицинских услуг сообщать «Исполнителю» (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия;

2.1.7. отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков;

2.1.8. не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с «Исполнителем» (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.;

2.1.9. в случае окончательного отказа от медицинских услуг (части услуг) «Исполнителя», уведомить последнего об этом в письменной форме или дать соответствующую расписку.

2.1.10. соблюдать необходимый санитарно-гигиенический и противоэпидемический порядок на своей территории «Исполнителя», правила поведения пациента в медицинской организации, внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.1.11. соблюдать режим лечения, график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

2.2. «Исполнитель» обязан:

2.2.1. ознакомить «Потребителя» со своей Лицензией или ее заверенной копией;

2.2.2. согласовать с «Потребителем» характер и объем обследования его здоровья;

2.2.3. оказать «Потребителю» платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых «Потребителю» платных медицинских услуг, согласно п. 1.1. настоящего Договора, качество которых соответствует современным достижениям медицинской науки, и не может быть ниже стандартов качества медицинской помощи, если они установлены для субъекта РФ, где оказываются услуги. В случае отсутствия стандартов, качество услуг не может быть ниже, чем обычно применяемые в современной медицине;

2.2.4. предоставить дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни «Потребителя», при внезапных острых заболеваниях и осложнениях, без взимания платы;

2.2.5. в случае обнаружения заболеваний у «Потребителя», о которых не было известно при подписании Договора, предложить методы дальнейшей диагностики и лечения с учетом имеющихся у Заказчика противопоказаний;

2.2.6. немедленно извещать «Потребителя» о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора;

2.2.7. предупредить «Потребителя», в случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги, которые «Исполнитель» не вправе оказывать без согласия «Потребителя», в противном случае «Исполнитель» обязан возместить «Потребителю» стоимость данных услуг;

2.2.8. в случае если Лицензия «Исполнителя» не позволяет ему осуществлять производство тех услуг, необходимость которых выявилась в процессе диагностики «Потребителя», «Исполнитель» может предложить (направить) «Потребителя» в другую медицинскую организацию;

2.2.9. поддерживать необходимый санитарно-гигиенический и противоэпидемический порядок на своей территории при оказании медицинских услуг и требовать того же от «Потребителя»;

2.2.10. вести учет услуг, оказанных «Потребителю»;

2.2.11. вести медицинскую документацию и отчетность, касающуюся состояния здоровья «Потребителя», в установленном законодательством РФ порядке;

2.2.12. хранить медицинскую отчетность, касающуюся состояния здоровья Заказчика, в установленные законом и нормативными актами порядке и сроки;

2.2.13. обеспечить режим конфиденциальности при обращении «Потребителя» за медицинскими услугами и состоянии его здоровья в соответствии с общепринятыми требованиями, направленными на сохранение

врачебной тайны;

2.2.14. в полном объеме информировать «Потребителя», его законного представителя о выявленном состоянии его здоровья с учетом согласия «Потребителя» на получение данной информации и в соответствии с действующим законодательством;

2.2.15. после исполнения Договора бесплатно выдать «Потребителю» медицинские документы (копии медицинских документов), отражающие состояние его здоровья 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 в течение 3 рабочих дней;

2.2.16. уважительно и гуманно относиться к «Потребителю»;

2.2.17. обеспечить по письменному требованию «Потребителя» проведение консилиума в течение пяти дней с момента требования, если состояние здоровья «Потребителя» не нуждается в экстренном медицинском вмешательстве.

2.3. Обязательства одной Стороны дают другой Стороне право требовать исполнения этих обязательств в полном объеме в соответствии с условиями настоящего Договора и действующим законодательством. Если есть основания полагать, что обязательства не исполняются должным образом, то такое требование может быть заявлено Стороной, считающей, что обязательства другой Стороной нарушены в письменном виде и направляет другой Стороне. Если это требование не удовлетворено в течение трех дней с момента его получения другой Стороной, возникает конфликт, разрешаемый в соответствии с разделом 5 настоящего Договора.

2.4. «Исполнитель» вправе:

2.4.1. в случае отказа «Потребителя» от услуг, которые могли бы, по мнению «Исполнителя», уменьшить или снять опасность для его здоровья, получить от него соответствующую расписку (добровольное информированное согласие) об отказе от медицинского вмешательства;

2.4.2. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

2.5. «Потребитель» вправе:

2.5.1. назначить законного представителя для представления своих интересов, выписав для этого надлежащим образом оформленную у нотариуса доверенность;

2.5.2. досрочно расторгнуть настоящий Договор, предупредив об этом «Исполнителя», не менее чем за два рабочих дня до выхода из Договора, осуществив при этом расчет за полученные услуги «Исполнителя»;

2.5.3. требовать дополнительных разъяснений в отношении состояния своего здоровья, предложенных методов диагностики и лечения, если ранее предложенные ему объяснения были ему не ясны;

2.5.4. отказаться от выполнения медицинских назначений специалистов (врачей) «Исполнителя», если обнаружит; что эти назначения ухудшают или могут ухудшить его здоровье. В этом случае «Заказчик» при первой возможности сообщает специалистам «Исполнителя» о своем отказе и его причинах. Если специалисты «Исполнителя» продолжают настаивать на выбранных назначениях, а «Заказчик» продолжает отказываться от их выполнения, возникает конфликт, разрешаемый в соответствии с п. 5 настоящего Договора.

3. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых «Потребителю» согласно п. 1.1. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг, и составляет _____ (_____) рублей 00 копеек (прописью);

3.2. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора;

3.2.1. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора;

3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена «Исполнителем» с согласия «Потребителя» с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия «Потребителя», «Исполнитель» не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору;

3.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется «Потребителем» до начала их оказания (наличными денежными средствами, безналичным расчетом) в кассе медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет «Исполнителя» или после их фактического оказания, но не позднее дня оказания услуги в валюте Российской Федерации (рубли). «Потребителю» (Заказчику) после оплаты

медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг, установленного образца.

4. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

4.2. Сроки, которые не регулируются действующим законодательством и нормативными актами РФ, но установлены настоящим Договором, действуют в соответствии с настоящим Договором.

5. КОНФЛИКТЫ

5.1. Если одна из Сторон считает, что выполнила обязательства по Договору, а другая не выполнила, и при этом соблюдены условия раздела 2 настоящего Договора, - возникает конфликт, разрешаемый в соответствии с настоящим разделом.

5.2. Отказ «Потребителя» от выполнения назначений специалистов (врачей) «Исполнителя» в соответствии с п. 2.5.4. настоящего Договора, если услуга «Потребителем» оплачена, а «Исполнитель» настаивает на продолжении выбранного медицинского вмешательства и не намерен возвращать уплаченные ему за услугу деньги, является конфликтом.

5.3. Ситуация, при которой «Потребитель» (Заказчик) считает, что результаты услуги не достигнуты или его здоровью в результате оказания услуги причинен вред, а «Исполнитель» не согласен с мнением «Потребителя», является конфликтом.

5.4. В случае каких-либо сомнений в правильности избранной медицинским персоналом методики лечения, а также применяемых лекарственных средств, «Потребитель» незамедлительно обращается к Главному врачу.

5.5. При предъявлении «Потребителем» требований, в том числе при обнаружении недостатков оказанной медицинской услуги, «Исполнитель» рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в установленные для удовлетворения требований потребителей Законом РФ «О защите прав потребителей».

5.6. В случае не достижения цели, которой является решение конфликта, устраивающее обе Стороны, разрешение конфликта осуществляется в судах общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

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

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью «Потребителя» в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению «Исполнителем» в соответствии с законодательством Российской

Федерации.

6.3. «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.

6.4. «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» условий настоящего Договора.

6.5. «Потребитель» (законный представитель Потребителя) несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.6. «Исполнитель» не несет ответственность перед «Потребителем» за качество оказанных услуг или времени ее выполнения при нарушении последним своих обязанностей.

6.7. В случае обнаружения у «Потребителя» прочих заболеваний и состояний, после подписания настоящего договора и несовместимых с рекомендованным планом лечения, «Исполнитель» предлагает иной метод лечения, изменив соответствующе план лечения, либо отказывается от исполнения услуг, при этом Потребитель (законный представитель Потребителя) оплачивает Исполнителю фактически понесенные им затраты, если такие были произведены.

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

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Любая Договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

7.2. 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» о расторжении настоящего Договора по инициативе «Потребителя», при этом «Потребитель» (Заказчик) оплачивает «Исполнителю» фактически понесенные «Исполнителем» расходы,

связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

7.3. В случае расторжения договора, неисполнения или частичного исполнения услуг по настоящему договору «Исполнитель» обязуется вернуть «Потребителю» («Заказчику») сумму за вычетом стоимости уже выполненных услуг, на основании заявления «Заказчика».

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Настоящий Договор может быть изменен или дополнен только по обоюдному согласию Сторон, оформленному в письменном виде. Все дополнения и изменения к настоящему Договору являются неотъемлемой его частью.

8.2. Договор, составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны. В случае, если настоящий Договор заключается между «Исполнителем» и «Заказчиком» в пользу «Потребителя», то настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у «Исполнителя», второй у «Заказчика», третий у «Потребителя».

8.3. Неотъемлемые части Договора:

- Перечень медицинских услуг (Приложение 1);
- Лицензия (Приложение 2).

9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

«Исполнитель»

Общество с ограниченной
ответственностью «Бест клиник»
Юридический адрес. 344037, г. Ростов-
на-Дону, пр. Шолохова, 64 «А»
Почтовый адрес: 344037, г. Ростов-на-
Дону, пр. Шолохова, 64 «А»
Электронная почта:
info@best-klinika.ru
т/факс:(863) 200-32-08,
200-32-14, 200-32-15
ОГРН 1116195004727
ИНН 6163107696
КПП 616701001
ОКПО 68789826

«Потребитель» («Заказчик»)

Ф.И.О.

Дата и место рождения

Адрес места жительства

ОКВЭД 85.12

Банковские реквизиты: р/с

40702810403800000529

в ПАО КБ «Центр-Инвест», г. Ростов-
на-Дону, ул. Сержантова, 5

к/с 30101810100000000762

БИК 046015762

Иные адрес (при
наличии)

Данные документа, удостоверяющего
личность

Телефон

«Исполнитель»

«Потребитель» («Заказчик»)

_____ (ФИО)

_____ (ФИО)

М. П.

Приложение № 3
к Договору № ____ об оказании платных
медицинских услуг от «__» _____ 20__ г.

**Лист ознакомления Заказчика с документами и информацией об
Исполнителе**

ООО «Бест Клиник», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Л.А. Вовченко, действующего на основании Устава Общества с одной стороны, и физическое лицо

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик» подтверждают, что при заключении настоящего Договора «Заказчик» ознакомлен Исполнителем со следующими документами и информацией согласно перечню:

1. Полное наименование Исполнителя: Общество с ограниченной ответственностью «Бест Клиник», сокращенное наименование: ООО «Бест Клиник»; адрес места нахождения: 344037, Российская Федерация, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, пр. Шолохова, 64а, зарегистрировано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 25 по Ростовской области.
2. Лицензия № ЛО-61-01-007815 от 11.08.2020 года, выдана Министерством здравоохранения Ростовской области, расположено по адресу: г. Ростов-на-Дону, ул. 1-ой Конной Армии, 33;
3. Медицинские услуги, оказываемые Исполнителем Заказчику указанные в Приложении №1 к настоящему Договору об оказании платных медицинских услуг, не входят в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.
4. Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.
5. Правилами внутреннего распорядка, установленные в учреждении Исполнителя.
6. Перечнем платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведениями об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты.
7. Сведениями о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации.
8. Режимом работы медицинской организации, графиком работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.
9. Адресами и телефонами органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа

Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Генеральный директор
ООО «Бест Клиник»

_____ /Л.А. Вовченко/

ЗАКАЗЧИК: Я ознакомлен(а) с документами и информацией об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах, их содержание мне понятно.

_____ / _____ /
Подпись ФИО

Приложение № 4
к Договору № ___ об оказании платных
медицинских услуг от «_» _____ 20__ г.

**Лист уведомления Заказчика с информацией об возможных осложнениях
или последствиях связанных с естественным старением организма, а так
же субъективных ожиданиях пациента в связи с эстетическими
изменениями тела**

Общество с ограниченной ответственностью «Бест Клиник», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Л.А. Вовченко, действующего на основании Устава общества с одной стороны, и физическое лицо

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик» (Пациент) подтверждают, что при заключении настоящего Договора об оказании платных медицинских услуг от, «Заказчик» (Пациент) ознакомлен Исполнителем со следующей информацией:

1. Существует вероятность возникновения непредвиденных осложнений как в ходе проведения оперативного вмешательства, после, так и во время реабилитационного периода.
2. Осложнения от оперативного вмешательства могут быть легко и быстро устраняемые на безвозмездной основе за счет средств и сил «Исполнителя», так и продолжительными, требующими повторного оперативного вмешательства с дополнительными финансовыми расходами со стороны «Заказчика»
3. Существует высокая вероятность коррективной или повторной операции по прошествии времени от одного года до пяти лет, после оказанной услуги в связи с естественными процессами старения организма и это считается нормальным последствием, после первичного оперативного вмешательства.
4. Процесс реабилитации может требовать дополнительного медикаментозного сопровождения и наблюдения у врача.
5. Неоправданные ожидания Пациента по эстетическому изменению тела не являются основанием для возврата денежных средств по договору об оказании платных медицинских услуг.
6. Окончательный видимый эстетический результат может быть отсрочен во времени и связан с индивидуальными особенностями организма пациента.

Подпись

ФИО

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Генеральный директор
ООО «Бест Клиник»

_____ /Л.А. Вовченко/

ЗАКАЗЧИК: Я ознакомлен(а) с информацией о возможных осложнениях или последствиях оперативного вмешательства, их содержание мне понятно.

_____ / _____ /
Подпись ФИО

Приложение № 5
к Договору № ___ об оказании платных
медицинских услуг от «__» _____ 20__ г.

Лист ознакомления Заказчика с документами и информацией об
Исполнителе

ООО «Бест Клиник», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Л.А. Вовченко, действующего на основании Устава Общества с одной стороны, и физическое лицо

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик» подтверждают, что при заключении настоящего Договора «Заказчик» ознакомлен Исполнителем со следующими документами и информацией согласно перечню:

10. Полное наименование Исполнителя: Общество с ограниченной ответственностью «Бест Клиник», сокращенное наименование: ООО «Бест Клиник»; адрес места нахождения: 344019, Российская Федерация, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, пр. Шолохова, 64а, зарегистрировано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 25 по Ростовской области.

11. Лицензия № ЛО-61-01-007815 от 11.08.2020 года, выдана Министерством Здравоохранения Ростовской области, расположено по адресу: г. Ростов-на-Дону, ул. 1-ой Конной Армии, 33;

12. Медицинские услуги, оказываемые Исполнителем Заказчику указанные в Приложении №1 к настоящему Договору об оказании платных медицинских услуг, не входят в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

13. Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

14. Правилами внутреннего распорядка, установленные в учреждении Исполнителя.

15. Перечнем платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведениями об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты.

16. Сведениями о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации.

17. Режимом работы медицинской организации, графиком работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

18. Адресами и телефонами органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа

Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

ЗАКАЗЧИК: Я ознакомлен(а) с документами и информацией об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах, их содержание мне понятно.

_____/_____/

Подпись

ФИО

**Информированное добровольное согласие на анестезиологическое
обеспечение
медицинского вмешательства**

Я

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне делать во время его проведения;

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода;

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О

последствиях

и возможных осложнениях при выполнении анестезии и связанных с ними риском информирован (информирована) врачом анестезиологом-реаниматологом:

(фамилия, имя, отчество врача анестезиолога-реаниматолога)

"__" _____ 20__ года

Подпись пациента

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(должность, И.О. Фамилия)

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения с учетом состояния здоровья пациента. При отсутствии законных представителей решение об анестезиологическом обеспечении медицинского вмешательства принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный)

врач с последующим уведомлением главного врача/директора а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время -ответственного дежурного врача и законных представителей. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос об анестезиологическом обеспечении при проведении медицинского вмешательства в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно врач анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача/директора, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

" _ " _____ 20__ года Подпись пациента _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(должность, И.О. Фамилия)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

" _ " _____ 20__ года

Добровольное согласие пациента на лабораторно-диагностические исследования при инвазивных вмешательствах

Я, _____
находясь на лечении в ООО «Бест Клиник» добровольно даю свое согласие на проведение платного лабораторно-диагностического исследования при инвазивных вмешательствах:

- **Забор венозной крови на лабораторное исследование,**
- **Забор мазков/соскобов**
- **Забор кала, мочи и других сред на лабораторные исследования**

1. Я информирован(а) о целях, характере, неблагоприятных эффектах планируемого инвазивного вмешательства, согласен(на) со всеми подготовительными и сопровождающими возможными анестезиологическими и другими медицинскими мероприятиями, а также с необходимыми побочными вмешательствами.

2. Я предупрежден(а), что во время инвазивного вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, риски и осложнения и понимаю, что это может включать нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, что это связано с непреднамеренным причинением вреда здоровью. В таком случае, я согласен(на) на применение врачами/медицинскими работниками всевозможных методов лечения, направленных на устранение вышеуказанных осложнений.

3. В случае отсутствия направления от врача, я подтверждаю, что согласен(на) с рекомендованными мне исследованиями, указанными в чеке-направлении, и претензий по обоснованности их назначения предъявлять не буду.

4. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы врачу/медицинским работникам клинично-диагностической лаборатории ООО «Бест Клиник», и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

5. Я гарантирую 100 % оплату платных лабораторно-диагностических исследований объемом, которых определяется назначением лечащего врача, согласно утвержденному прейскуранту цен на медицинские услуги ООО «Бест Клиник»

« _____ » _____ 20 ____ г.

_____ / _____

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» №152–ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Клиника Милано» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанными сохранить 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 имеет право во исполнение своих обязательств по работе с моими персональными данными со страховой медицинской организацией 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 осуществляться 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.

Настоящие согласие дано мной в момент подписания данного согласия 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 течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактные телефоны:

Адрес:

Пациент:

(Подпись)

(Расшифровка)

Дата: «__» _____ 20__ г.

**Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство,
в т.ч. переливание крови и ее компонентов**

Я _____
находясь на лечении в ООО «Бест Клиник» добровольно даю свое согласие на
проведение мне
операции:

и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении. Подтверждаю,
что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей мне
(представляемому) операции. - Мне разъяснены, и я понимаю особенности и
ход предстоящего оперативного лечения.

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть
непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен
(согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их
усмотрению

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что
проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью
инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и
других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения
вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

- Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут
потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными
послеоперационными осложнениями или с особенностями течения
заболевания, и даю свое согласие на это.

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных
со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной
непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною
(представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч.
носителем ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях,
передаваемых половым путем, об экологических и производственных
факторах физической, химической или биологической природы,
воздействующих на меня

(представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых
лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее
компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о

наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на переливание донорской или ауто- (собственной) крови ее компонентов.

- Я согласен (согласна) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие.

"__" _____ 20__ года Подпись пациента

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения

им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача/директора выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий

(дежурный) врач с последующим уведомлением главного
врача/начальника, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время -
ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

"__" _____ 20__ года Подпись пациент _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(должность, И.О. Фамилия)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

"__" _____ 20__ года

**Положение об организации оказания медицинской помощи по видам
медицинской помощи.**

Во исполнение требований ст. 37 «Организация оказания медицинской помощи» Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь в ООО «Бест клиник» оказывается в соответствии с лицензией, выданной Министерством здравоохранения Ростовской области № ЛО-61-01- 007815 от 11 августа 2020г. по следующим видам медицинской помощи:

- первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях
- первичная врачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях
- первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях
- специализированная медицинская помощь в стационарных условиях
- медицинские осмотры, медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы.

Медицинская помощь организуется:

1. в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
2. на основе клинических рекомендаций;
3. с учетом стандартов, утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Медицинская помощь в ООО «Бест клиник» оказывается медицинскими работниками, имеющими необходимый уровень образования в соответствии с занимаемыми должностями и профессиональными навыками для выполнения работ.

Информированное добровольное согласие на проведение

ВАКУУМНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ (ВАБ)

НЕ ПАЛЬПИРУЕМЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОД

УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ

Я, _____

(Ф.И.О. Заказчика)

на основании п. 2.1.1 заключенного договора об оказании медицинских услуг
№ _____ от

_____ 20__ г., ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ “Об
основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации“,
проинформирован (а) лечащим врачом ООО «Бест-Клиник»

_____ о следующем:

Цели оказания медицинской помощи:

С Диагностической целью:

Для уточнения природы не пальпируемого (-мых) узлового(вых) образования(-
ий) молочной железы, видимого(-мых) при УЗ-исследовании;

Для гистологического исследования и иммуногистохимического исследований
новообразований, определения тканевых факторов прогноза, рецептов гормонов
с целью выбора оптимального способа лечения.

В случае верификации злокачественности процесса образования, пациент
направляется в профильное онкологическое учреждение города или области по
месту своего постоянного проживания для дальнейшего комплексного лечения.

С Лечебной (терапевтической) целью:

Для Удаления непальпируемых(-ого) доброкачественных(-ого) образований(-я)
молочной железы (фиброаденомы, зоны фибросклероза, аденоза) до 2,0 см как
альтернатива открытому хирургическому вмешательству (секторальной
резекции молочной железы в условиях общего наркоза).

Методы оказания медицинской помощи: ВАБ проводят системой EnCor Ultra
для биопсии молочной железы

под УЗ-контролем, в режиме «реального времени», на УЗ-аппаратах с высокочастотными датчиками, под местной инфильтрационной анестезией тканей молочной железы.

Преимущество ВАБ системой EnCor Ultra для биопсии молочной железы заключается в возможности

забора и получения целостности образцов ткани молочной железы для диагностики новообразований

молочной железы, в несколько раз превосходящих по массе образцы ткани, полученные при обычной пункционной биопсии или трепан-биопсии с помощью «пружинных пистолетов», что существенно повышает точность диагностики, и таким образом, позволяет решить проблему диагностики непальпируемых образований молочной железы. При однократном введении роботизированной иглы EnCor в ткани молочной железы в проекции образования, за счет вращения апертуры и вакуума, получают множественные образцы ткани для гистологического исследования, при малой травматичности процедуры, с частичным или полным удалением пальпируемого или непальпируемого новообразования.

Величину новообразования, предназначенного для гистологического исследования, не всегда можно определить при пальпации или визуализации. Поэтому пальпируемый или визуализируемый объем предполагаемого удаления новообразования, предназначенного для гистологического исследования, например, злокачественного, не позволяет с точностью прогнозировать фактический объем удаления. В случаях, когда пальпируемое образование, по клиническим и/или рентгенологическим и/или ультразвуковым критериям, является доброкачественным (например, фиброаденома, участки фиброзно-кистозного поражения), систему для биопсии молочной железы также можно использовать для полного или частичного удаления такого пальпируемого образования. После удаления ткани молочной железы обязательно направление образца ткани на гистологическое исследование. Если гистологически подтверждается, что забранный образец новообразования является злокачественным, то пациентке также рекомендуется проведение иммуногистохимического исследования имеющихся образцов ткани, консультация и дальнейшее комплексное лечение в условиях специализированного профильного онкологического учреждения.

Альтернативным методом диагностического и хирургического лечения

ВАБ является трепан-эксцизионная биопсия или секторальная резекция молочной железы с предварительным выполнением трепан-биопсии имеющегося образования. В случае непальпируемого образования - необходимо проведение предварительной предоперационной внутритканевой маркировки данного образования локализационной иглой.

Показания для проведения операции:

Наличие узлового образования в молочной железе,

Противопоказания к ВАБ:

Отсутствие визуализации изображения образования при УЗ-исследовании;

Близкое расположение образования к коже;

Участки локального скопления микрокальцинатов, невидимых при УЗИ;

Злокачественный характер образований молочной железы (с лечебной целью).

Устройство не предназначено для использования в целях помимо указанных.

Система для биопсии молочной железы EnCor Ultra противопоказана для применения у пациентов в случаях, если, согласно врачебному мнению, присутствует повышенный риск осложнений, связанных с чрескожными методами забора образцов ткани.

Возможные осложнения при проведении ВАБ:

Возможны осложнения, характерные для любых чрескожных методов забора / биопсии с целью взятия образцов ткани;

Развитие аллергических реакций на препараты, используемые с целью местной анестезии, в том числе анафилактического шока;

Возможный риск ранения грудной клетки, мягких тканей молочной железы и прилегающих окружающих тканей;

Возможность развития кровотечения различной степени с переходом на открытое оперативное вмешательство;

Возможное прилипание ткани к биопсийному зонду при извлечении его из молочной железы;

Возможное развитие дефектов повреждения кожи и тканей молочной железы, различного размера и характера;

Возможные осложнения ограничиваются областью вокруг места биопсии и могут включать в себя отграниченные гематомы;

Возможность развития разлитых и/или обширных гематом (в том числе напряженных гематом), кожи, подкожной клетчатки и тканей молочной железы;

Возможные незаживающие раны;

Возможные инфекции;

Возможные боли;

Возможные переходящее или стойко развивающееся онемение верхних конечностей, области шеи и/или спины, а также участка/участков кожи в проекции удаленного образования или по ходу введения и работы троакарного зонда EnCor Ultra.

Возможен рецидив в зоне удаления за счет пролиферации клеточных элементов.

Преимущества ВАБ доброкачественных образований молочной железы, в сравнении с секторальной резекцией молочной железы:

-Проведение процедуры в амбулаторных условиях, в рамках “хирургии одного дня”;

-Практическое исключение послеоперационных рубцов (зачастую формирующихся келоидного характера после секторальной резекции), что особенно важно при множественных образованиях типа фиброаденом в одной или обеих молочных железах, особенно у молодых нерожавших женщин;

-Минимальная травматичность операции;

-Местная анестезия;

-Короткий послеоперационный период;

-Сохранение высокой мобильности и физической активности женщины уже в первые часы послеоперационного периода.

Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Полное или частичное удаление образования с забором материала для гистологического исследования.

Мне даны рекомендации о необходимости ограничения физической нагрузки после выполнения ВАБ на срок

до 3-х месяцев, а также подъем тяжести свыше 1 кг, занятия спортом.

Мне разъяснено и понятно, что вакуумная аспирационная биопсия (ВАБ) является альтернативным методом лечения и диагностики образований молочной железы и я даю согласие на ее проведение.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или **потребовать его прекращения**, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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 *(нужное подчеркнуть)*

(ФИО выбранного лица)

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

(подпись)

(ФИО пациента)

“ _____ ” _____ 20__ г.

(дата оформления)

**Уведомление о возможности получения медицинской помощи без взимания
платы в рамках ОМС**

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, _____

, ____ . ____ . ____ г. р.,

в доступной форме проинформирован исполнителем ООО «Бест клиник» 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.

«__» _____ 20__ г.

_____/_____ /

СОГЛАСИЕ
на использования видео и фото записи

Я, _____

Снилс: _____

ИНН: _____

согласно ст. 152.1 ГК РФ, настоящим даю согласие на видео-фото-аудио на запись моих изображений, а также использование моих фотографий, силуэтных изображений и других материалов, предполагающих воспроизведение моего внешнего облика и голоса, видеотрансляций, без выплаты вознаграждения для информационных, педагогических, маркетинговых, рекламных и иных целей.

Я подтверждаю, что Правообладателем указанных видео-фото-аудио материалов в полном объеме на все время действия авторских прав согласно данному Соглашению является ООО «Бест Клиник» ОГРН 1116195004727, ИНН 6163107696 в лице лечащего врача

Я не буду оспаривать авторские и имущественные права на эти материалы. Настоящее согласие дает Правообладателю право обнародовать и в дальнейшем использовать мои видео-фото-аудио материалы полностью или фрагментарно, в сети «Интернет» доводить до всеобщего сведения и обозрения. Правообладатель ООО «Бест Клиник» ОГРН 1116195004727, ИНН 6163107696 вправе без моего согласия и без выплаты мне вознаграждения распоряжаться видео-фото-аудио материалами без каких-либо ограничений, в том числе передавать их третьим лицам. Настоящее Соглашение действует бессрочно, как на территории Российской Федерации, так и за рубежом, на территории стран всего мира.

Я подтверждаю, что ознакомился и согласен с: офертой, политикой конфиденциальности, соглашением на обработку данных, отказом от ответственности, политикой возвратов соглашением на рассылку рекламных материалов, соглашением об использовании файлов cookie, соглашением об освобождении от ответственности и отказе от требования компенсации ущерба.

Я отказываюсь от претензий финансового и иного характера к ООО «Бест Клиник» ОГРН 1116195004727, ИНН 6163107696 в связи с использованием своего изображения при размещении в сети «Интернет».

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество 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 пациента при подписании согласия законным
представителем)

«___» _____ г. рождения, проживающего 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 «Об
утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на
которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе
врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной
помощи»¹ (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень),
для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной
медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я
являюсь _____ (ненужное зачеркнуть)

в ООО «Бест-Клиник» медицинским работником

_____ (должность, фамилия, имя, отчество 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 (которых) 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 гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

« ___ » _____ Г.
(дата оформления)

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ " __ " _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина
либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина
либо законного представителя)

в отношении _____ " __ " _____ г. рождения,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения
при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной
медико-санитарной помощи

в _____

(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств,
включенных в [Перечень](#) определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают информированное добровольное согласие при
выборе врача и медицинской организации для получения первичной
медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства
здравоохранения и социального развития Российской Федерации
от 23 апреля 2012 г. N 390н <1>: _____

(наименование вида (видов)

медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или
законного представителя гражданина)

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

"__" _____ Г.

(дата оформления)