

## ДОГОВОР № \_\_\_\_\_

на оказание платных медицинских услуг

г. Кыштым

«<ДАТА\_Д>» <ДАТА\_М> <ДАТА\_Г> г

**Общество с ограниченной ответственностью «Ангема»**, действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01024-74/00640228 от 07.02.2023 г., выданной Министерством здравоохранения Челябинской области (г. Челябинск, ул. Кирова, 165, тел. 240-22-22), согласно перечню работ: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметологии; сердечно-сосудистой хирургии; ультразвуковой диагностике; хирургии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: сердечно-сосудистой хирургии; ультразвуковой диагностике; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности., **в лице директора Жидкова Олега Владимировича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель»**, с одной стороны, и **<ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>**

именуемый(-ая) в дальнейшем **«Потребитель»**, с другой стороны, а также

(в случае наличия родства (опекунства, попечения) между Заказчиком и Потребителем, указать свойственность (например: сын, дочь Потребителя))

именуемый(-ая) в дальнейшем **«Заказчик»**, при совместном упоминании, именуемые «стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется по желанию и заданию Потребителя (Заказчика) оказать платные медицинские услуги, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить данные медицинские услуги в размере и сроки в соответствии с договором.

1.2. Условия о перечне, стоимости, сроках оказания медицинских услуг отражаются в настоящем договоре. По требованию Потребителя (Заказчика) Исполнитель может составить смету к настоящему договору, которая будет являться его неотъемлемой частью.

1.3. По желанию и заданию Потребителя (Заказчика) Исполнитель может оказать дополнительные платные медицинские услуги (также сервисные услуги, товары), которые не были согласованы ранее в настоящем договоре. Дополнительные платные медицинские услуги (также сервисные услуги, товары) оформляются сторонами дополнительным соглашением, и/или иным документом, в том числе по желанию Потребителя (Заказчика) сметой, которые подписываются сторонами, и становятся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.4. Платные медицинские услуги по настоящему договору могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя (Заказчика) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, а также на основании утвержденных клинических рекомендаций (при их наличии). При отсутствии стандартов, клинических рекомендаций медицинские услуги оказываются на основании существующих протоколов лечения и/или сложившейся врачебной практики.

### 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

#### 2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1 оказать по заданию Потребителя (Заказчика) квалифицированные медицинские услуги, отвечающие требованиям безопасности и разрешенные на территории РФ по видам деятельности, указанным в лицензии Исполнителя, при приобретении первым в рамках настоящего договора медицинских изделий необходимых, и используемых при оказании медицинских услуг, предоставить изделия соответствующего качества, имеющих регистрационные удостоверения;

2.1.2 при необходимости оказания дополнительных медицинских услуг или при невозможности оказания медицинских услуг в рамках настоящего договора известить об этом Потребителя (Заказчика);

2.1.3 гарантировать защиту Потребителю (Заказчику) конфиденциальной информации;

2.1.4 нести иные обязанности, предусмотренные настоящим договором и действующим законодательством.

#### 2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1 отказаться частично или полностью от исполнения настоящего договора при наличии у Потребителя не купируемых медицинских противопоказаний, а также в иных случаях предусмотренных действующим законодательством;

2.2.3 пользоваться иными правами, предусмотренными настоящим договором и действующим законодательством.

#### 2.3. Потребитель (Заказчик) обязуется:

**2.3.1 перед подписанием настоящего договора я(мы) уведомлен(-а, -ы) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья**

(подпись Потребителя и Заказчика (при наличии последнего))

2.3.2 оплатить, предоставляемые медицинские услуги, в соответствии с условиями настоящего договора;

2.3.3 в ходе оказания медицинских услуг, а также после их оказания своевременно сообщать Исполнителю о любых ухудшениях состояния своего здоровья и самочувствия в результате оказанной медицинской услуги;

2.3.4 строго выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя;

2.3.5 предоставить Исполнителю необходимые, достоверные и полные сведения об аллергических реакциях, о перенесенных заболеваниях, иной информации необходимой медицинскому персоналу для оказания платной медицинской услуги, а также предоставить до начала непосредственного оказания медицинских услуг, все медицинские документы с результатами ранее проведенных консультаций, лабораторных, инструментальных исследований, характеризующих состояние здоровья;

2.3.6 соблюдать, утвержденные у Исполнителя Правила внутреннего распорядка для пациентов (Правила для ознакомления размещены в холле здания Исполнителя в свободном доступе, либо можно ознакомиться с ними на официальном сайте в сети «Интернет» Исполнителя [www.angema.ru](http://www.angema.ru));

2.3.7 нести иные обязанности, предусмотренные настоящим договором и действующим законодательством.

#### 2.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

- 2.4.1. на получение информации о медицинской услуге;
- 2.4.2 на получение качественной медицинской услуги и применение Исполнителем при ее оказании качественных медицинских изделий (при использовании медицинских изделий Исполнителя), лекарственных препаратов;
- 2.4.3 отказаться от получения медицинской услуги в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов;
- 2.4.4 пользоваться иными правами, предусмотренными настоящим договором и действующим законодательством.

### 3. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СТОИМОСТЬ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Перечень платных медицинских услуг (в том числе немедицинских сервисных услуг, а также, при необходимости, перечень приобретаемых товаров), предоставляемых Исполнителем Потребителю в соответствии с настоящим договором, их стоимость, и общая сумма настоящего договора:

п/п	код услуги	наименование услуги (товара)	единица измерения	количество	цена (руб.)	сумма к оплате (руб.)

**Итого сумма настоящего договора составляет:** \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек.

3.2. Оплата услуг по настоящему договору производится Потребителем (Заказчиком) в следующем порядке: сумма, согласованная в пункте 3.1. настоящего договора в размере 100 % вносится Исполнителю до начала оказания услуг, если иное не согласовано сторонами.

3.3. Оплата производится наличными денежными средствами или в безналичной форме. Форму оплаты определяет Потребитель (Заказчик).

3.4. По факту оплаты медицинских услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику) документ, подтверждающий факт произведенной оплаты.

### 4. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Медицинские услуги, согласованные в настоящем договоре, а при наличии и в дополнительных соглашениях к нему, оказываются в помещении Исполнителя по адресу: 456871, Россия, Челябинская область, г. Кыштым, ул. Карла Либкнехта 178б, этажи 1,2.

4.2. Согласованные медицинские услуги оказываются Исполнителем в рамках настоящего договора: в амбулаторных условиях, в условиях круглосуточного или дневного стационара (необходимое подчеркнуть).

4.3. Иные условия оказания платных медицинских услуг отражены в настоящем договоре.

**4.4. Срок оказания платных медицинских услуг по настоящему договору составляет: с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_, всего \_\_\_ дней (день).** Сроки могут быть изменены, не по вине Исполнителя, в сторону увеличения, в том числе по следующим основаниям: в соответствии с подпунктом 2.3.1. настоящего договора; при не внесении своевременной оплаты (в том числе при приобретении необходимых для оказания услуг медицинских изделий (например: имплантатов)); при не предоставлении Потребителем (Заказчиком) медицинских изделий необходимых для оказания медицинской услуги (например: имплантаты), которые они захотели приобрести самостоятельно у третьих лиц; при отсутствии в день оказания медицинских услуг необходимых лабораторных, инструментальных исследований, заключений специалистов, если они обязательны и Потребитель (Заказчик) решил их провести самостоятельно у третьих лиц; при наличии у Потребителя в день оказания медицинской услуги алкогольного или наркотического, или токсического, и иных видов опьянения; наличие у Потребителя на дату(-ы) оказания медицинской услуги сопутствующих заболеваний (синдромов), которые делают невозможным оказать медицинскую услугу в указанную дату.

### 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЯ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств и условий настоящего договора, в том числе по срокам оказания медицинских услуг, если это произошло по основаниям указанным в настоящем договоре, а также вследствие следующих причин: непреодолимой силы; нарушением Потребителем (Заказчиком) своих обязанностей (нарушение режима лечения, несвоевременной явкой на прием к врачу); декомпенсации имеющихся или новых соматических заболеваний; не предоставление необходимых лабораторных, инструментальных исследований, заключений врачей-специалистов, если Потребителю они были назначены (рекомендованы) врачом Исполнителя для оказания медицинских услуг в рамках настоящего договора.

5.3. Все претензии и споры решаются путем переговоров. При отсутствии соглашения сторон споры разрешаются в соответствии действующим законодательством РФ.

### 6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

6.1. Настоящий договор вступает в силу со дня его подписания и прекращает свое действие в установленную в пункте 4.4. договора дату окончания оказания услуг, а в части выполнения взятых сторонами на себя обязательств - до полного исполнения. В части возможности заключения сторонами к настоящему договору дополнительных соглашений, то настоящий договор действует бессрочно.

6.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде (путем оформления сторонами дополнительного соглашения, и/или сметы, и/или иных письменных документов, которые делают возможным определить волеизъявление сторон) и подписаны сторонами.

6.3. Стороны договорились, что при подписании настоящего договора (дополнительные соглашения и/или иных документов к настоящему договору, писем в адрес Потребителя (Заказчика), или лиц, указанных им и т.п.) Исполнитель имеет право использовать копию подписи директора, созданную путем механического копирования или факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющиеся аналогом собственноручной подписи директора Исполнителя и имеющие юридическую силу. В связи с изложенным в настоящем пункте договора Стороны признают юридическую силу настоящего договора (дополнительные соглашения и/или иных документов к настоящему договору, писем в адрес Потребителя (Заказчика), или лиц, указанных им и т.п.) имеющего подпись со стороны Исполнителя копией или проставленного факсимиле.

6.4. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон. Также, Потребитель (Заказчик) в любое время имеет право расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке, как в письменной форме (уведомлением, письмом и т.п.), устно, так и путем конклюдентных действий – неявки в указанный Исполнителем срок без уважительной причины. При досрочном

отказе Потребителя от исполнения договора последний (Заказчик) обязан оплатить Исполнителю сумму фактически понесенных расходов в рамках настоящего договора. Если Потребитель (Заказчик) не заказал медицинских услуг, а также под него Исполнителем не были заказаны и оплачены индивидуальные медицинские изделия, лекарственные препараты, иные материальные ресурсы, но договор заключен (подписан), он может в любое время отказаться от него без несения каких-либо затрат со своей стороны. О расторжении договора по инициативе Потребителя (Заказчика), по любым основаниям, Исполнитель информирует об этом.

## 7. ПРОЧИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. **До подписания настоящего договора:** Потребителю (Заказчику) разъяснено, что заказываемые им медицинские услуги (работы), он имеет право получить бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в том числе Челябинской области) в организациях, оказывающих такую медицинскую помощь и включенных в реестр медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования. Потребитель (Заказчик), подписывая данный договор, добровольно и своей волей, осознанно соглашается на получение от Исполнителя согласованных услуг (работ) за плату.

**Потребитель:** \_\_\_\_\_ **Заказчик (при наличии):** \_\_\_\_\_

7.2. После подписания настоящего договора при оказании Потребителю услуг, последний дает свое согласие на передачу медицинской документации или их копий, а равно информации, такой как сведения о факте обращения к исполнителю, диагнозе, лечении и иной информации, относящейся к Потребителю следующему(им) лицу(ам)

(указывается фамилия, имя, отчество (при наличии), номер контактного телефона)

7.3. **Согласие на предоставление и обработку персональных данных (ПД) ООО «АНГЕМА» без права распространения:**  
**Я, <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>**

(указывается Потребитель и Заказчик (при наличии последнего))

свободно, своей волей и в своем интересе, сознательно даю(-ем) согласие ООО «АНГЕМА» (оператор) на любую обработку различными способами моих (наших) персональных данных в соответствии со статьей 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ **1) в лечебно-профилактических целях и в целях исполнения настоящего договора:** для заключения и исполнения настоящего договора, в том числе оформления медицинской документации - фамилию, имя, отчество, дату рождения, пол, адресные данные, номера своих телефонов, реквизитов, документов, удостоверяющих личность, полиса ДМС, социальный статус, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, биометрических данных, в том числе сбор, хранение, автоматизированную обработку ПД, с правом оператора получать сведения обо мне (сведения о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, проведенном лечении, получать копии моих медицинских документов) из других медицинских организаций для целей надлежащего оказания услуг (выполнения работ), адрес электронной почты; **2) с целью предупреждения противоправных действий в отношении меня (нас), третьих лиц, моего (нашего) имущества, имущества третьих лиц:** видео(фото)изображение, сделанное с видеокамер размещенных у Оператора на территории в местах общего пользования.

Также, даю(-ем) свое согласие Исполнителю с целью информирования меня (нас) об оказываемых услугах (работах, товарах), использовать мой (наш) номер телефона, указанный в настоящем договоре для SMS-рассылки (СМС-рассылки), адрес электронной почты, также указанный в настоящем договоре, согласен (согласны) получать рассылку рекламного характера по указанным контактным данным.

Мне(нам) понятно, что если я не согласен с данным пунктом договора я могу его не подписывать или действовать в соответствии с пунктом 7.6. договор.

**Потребитель:** \_\_\_\_\_ **Заказчик (при наличии):** \_\_\_\_\_

7.4. **Согласие на обработку персональных данных, разрешенных для распространения ООО «АНГЕМА» (оператор):** в соответствии со статьей 10.1. Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, свободно своей волей и в своем интересе, сознательно даю(-ем) согласие оператору на распространение моих (наших) персональных данных, а именно: **1) для целей оказания медицинской помощи при необходимости в другой медицинской организации, проведения консилиума, отдельных консультаций специалистов:** фамилию, имя, отчество, дату, месяц, год рождения, социальное положение, место работы, пол, адресные данные, номера своих телефонов, реквизитов, полиса ДМС, данные анамнеза жизни, о состоянии здоровья, заболеваниях, проведенном лечении (обследовании, исследовании), диагнозах (условие для начала распространения – действующий договор на оказание платных медицинских услуг, подписанное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство) **2) для целей информирования (напоминание) о дате и времени начала оказания услуг (выполнении работ), для целей продвижения оператором своих услуг (работ и товаров),** в том числе через сторонние сервисы, с которыми оператор в обязательном порядке заключил договоры, которые также предусматривают условия защиты персональных данных: фамилия, имя, отчество, номера контактных телефонов, адреса электронной почты (условие для начала распространения – действующий договор с оператором на оказание платных медицинских услуг для информирования, ранее заключенный договор с оператором или действующий – для продвижения услуг) **3) для целей выдачи и/или формирования листка нетрудоспособности (экспертиза временной нетрудоспособности) (сведения получают ФСС и/или работодатель заказчика),** фамилия, имя, отчество, пол, адрес места работы, факт обращения к Оператору, дата, месяц, год рождения, код нетрудоспособности (условие для начала распространения - оформление (формирования) Оператором листка нетрудоспособности – данное согласие распространяется только на Потребителя).

**В рамках данного согласия ПДн Потребителя (Заказчика) не будут распространяться путем информационных ресурсов Оператора (через официальный сайт Исполнителя <https://angema.ru/> и официальную электронную почту [info@zolsk.ru](mailto:info@zolsk.ru) (за исключением случаев, если сам потребитель (заказчик) об этом не попросит Оператора и последнему будет достоверно известно, что волеизъявление исходит от него(них), а также в случае, указанных в подпункте 2 настоящего пункта договора) с предоставлением доступа к ПД неограниченному кругу лиц. ПД Потребителя (Заказчика), на которые не дано согласие запрещается распространять Оператором.**

Мне (нам) понятно, что если я не согласен с данным пунктом договора(частично или полностью) я могу его не подписывать или действовать в соответствии с пунктом 7.6. договор.

**Потребитель:** \_\_\_\_\_ **Заказчик (при наличии):** \_\_\_\_\_

7.5. Мне (нам) известно и понятно, что срок обработки (в том числе распространение) оператором моих персональных данных по пунктам 7.3., 7.4. настоящего договора составляет срок хранения медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях - 25 лет. Мне(нам) понятно, что ПД будут храниться на территории РФ, трансграничных передач оператор не осуществляет. Доступ к ПД имеют исключительно медицинский персонал, администраторы, бухгалтеры (при подготовке справки в

налоговые органы), главный врач, директор. Мне(нам) известно и понятно, что я(мы) могу отозвать частично или полностью свои согласия на обработку и/или распространение своих (подопечного) персональных данных путем направления в адрес оператора, письменного заявления на бумажном носителе (почтовым отправлением, нарочно), или в электронной форме подписанного электронной цифровой подписью, направленного на адрес электронной почты оператора (раздел 8). Мне(нам) понятно, что отзыв согласий делается отдельно по каждому пункту 7.3. и пункту 7.4. договора. Заявление должно содержать - фамилию, имя, отчество (при наличии), контактную информацию (номер телефона, адрес электронной почты или почтовый адрес) субъекта персональных данных, а также перечень персональных данных, обработка и/или распространение, которых подлежит прекращению оператором. Мне(нам) понятно, что действующим законодательством могут быть предусмотрены случаи, когда обработка, в том числе распространение ПД может осуществляться оператором без моего согласия (например: статья 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

7.6. Мне(нам) понятно, что форма настоящего договора хранится в электронной форме и если я не согласен с каким-либо из его пунктов, в том числе с пунктами 7.3., и/или 7.4. я имею право попросить Исполнителя, через администратора, внести в него изменения, и/или исключить отдельные его положения, за исключением случаев, если такие условия являются обязательными для включения в настоящий договор в том виде, в котором они существуют. На основании изложенного, подписывая настоящий договор Потребитель (Заказчик) соглашается со всеми его условиями и замечаний/предложений по его изменению не имеет.

7.7. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, которые имеют одинаковую юридическую силу. В случае, если Заказчик и Потребитель не одно лицо, то настоящий договор подписывается в трех оригинальных экземплярах один экземпляр Заказчику и по экземпляру Потребителю, Исполнителю, имеющие одинаковую юридическую силу.

**ВНИМАНИЕ!!! ДЛЯ ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИЙ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ (ПЛОХОЕ ЗРЕНИЕ) ИЛИ ПО ИНЫМ ПРИЧИНАМ, ДЕЛАЮЩИМ НЕВОЗМОЖНЫМ ПРОЧТЕНИЕ НАСТОЯЩЕГО ДОГОВОРА, ПОПРОСИТЕ СОТРУДНИКА ИСПОЛНИТЕЛЯ ЗАЧИТАТЬ ЕГО ВСЛУХ ИЛИ РАСПЕЧАТАТЬ БОЛЬШИМ ШРИФТОМ. В СЛУЧАЕ НЕСОГЛАСИЯ С НИМ, ВЫ МОЖЕТЕ ПОПРОСИТЬ ВНЕСТИ ИЗМЕНЕНИЯ В ТОЙ ЧАСТИ, С КОТОРОЙ ВЫ НЕ СОГЛАСНЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ПУНКТОВ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОТРАЖЕНЫ В ДОГОВОРЕ В СООТВЕТСТВИИ С ДЕЙСТВУЮЩИМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ. ТАКЖЕ, ЕСЛИ ВАМ, ЧТО-ТО НЕ ПОНЯТНО НЕ ПОДПИСЫВАЙТЕ НАСТОЯЩИЙ ДОГОВОР, А ЗАДАЙТЕ УТОЧНЯЮЩИЕ ВОПРОСЫ СОТРУДНИКУ ИСПОЛНИТЕЛЯ. НЕ ТОРОПИТЕСЬ, ПЕРЕЧИТАЙТЕ ВНИМАТЕЛЬНО!**

#### 8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

**Исполнитель:** ООО «АНГЕМА»  
Юридический адрес: 454080 Челябинская область, г.Челябинск,  
ул. Тернопольская, д.6 оф. 409  
ИНН 7453348529 КПП 745301001  
ОГРН 1227400034454  
р/с 40702 810 3 3809 0005797 в Филиал Екатеринбургский АО  
«АЛЬФА-БАНК»  
к/с 3010181010000000964, БИК 046577964  
номер телефона: (351) 225-23-35  
e-mail: [info@angema.ru](mailto:info@angema.ru)  
официальный сайт в сети Интернет: [www.angema.ru](http://www.angema.ru)

Директор

\_\_\_\_\_ О.В.Жидков

**ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК)**

<ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>,

**Зарегистрирован (проживает):**

<ПАЦИЕНТ\_АДРЕС\_РЕГИСТРАЦИИ>

**Паспорт:**

<ПАСПОРТ\_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ\_НОМЕР>

Выдан <ПАСПОРТ\_ДАТА\_ВЫДАЧИ> <ПАСПОРТ\_ВЫДАН>

**Телефон:**

<ПАЦИЕНТ\_ТЕЛЕФОН>

\_\_\_\_\_/<ПАЦИЕНТ\_ФИО> /

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство**

Я, <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>, <ДР> г. рождения,  
зарегистрированный по адресу: <ПАЦИЕНТ\_АДРЕС\_РЕГИСТРАЦИИ>  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, адрес регистрация гражданин 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, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения, место жительства, в случае проживания не по месту жительства законного представителя, пациента при подписании законным представителем)

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 23.04.2012 г. № 390н (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 Обществе с ограниченной ответственностью «АНГЕМА».

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 21.11.2011 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 21.11.2011 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)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя) (телефон)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«<ДАТА\_Д>» <ДАТА\_М> <ДАТА\_Г> г.  
(дата оформления)

### **ПЕРЕЧЕНЬ**

определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

(утвержден приказом Министерством здравоохранения Российской Федерации от 23.04.2012 г. № 390н)

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Ознакомлен(-а) и понятно:

\_\_\_\_\_ /<ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>/

(подпись и расшифровка Ф.И.О. гражданина (законного представителя))