**Договор возмездного оказания медицинских услуг**

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. г. Хабаровск

 Общество с ограниченной ответственностью "Клиника современных технологий - ДВ", именуемое в дальнейшем "Исполнитель", действующее на основании Устава и лицензий на осуществление медицинской деятельности: ЛМ-27-01-000861 от 12.09.2012г., выданной Министерством здравоохранения Хабаровского края, Номенклатура работ и услуг: При осуществлении первичной доврачебной медико-санитарной помощи по6 Акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, вакцинации ( проведение профилактических прививок) , медицинскому массажу, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии. При осуществлении врачебной медико-санитарной помощи по: общей врачебной практики (семейной медицине), педиатрии, терапии. 4.При осуществлении специализированной медицинской помощи по: Акушерству и гинекологии (с помощью вспомогательных репродуктивных технологий) аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, гематологии, медицинской генетике, дерматовенерологии, детской кардиологии, детской хирургии, детской эндокринологии, кардиологии, косметологии, неврологии, организация здравоохранения и общественному здоровью, онкологии, пульмонологии. ревматологии, сердечнососудистой хирургии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностики, урологии, физиотерапии, функциональной диагностики, хирургии, экспертизе временной нетрудоспособности, эндокринологии, эпидемиологии. Эндоскопии. Свидетельство о внесении в ЕГРЮЛ от 18.02.03г. ИФНС России по индустриальному р-ну г. Хабаровска, ОГРН:1234567890, в лице директора Рыбкиса В.А., действующего на основании Устава, с одной стороны, и Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год рождения, именуемый(-ая) в дальнейшем «Пациент», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказать Пациенту доврачебную, амбулаторно-поликлиническую, специализированную медицинскую помощь и прочие работы и услуги (далее по тексту - медицинские услуги) по своему профилю деятельности согласно п. 4.1.1 договора в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг (далее по тексту - Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

1.2. Пациент при подписании настоящего договора ознакомлен: с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг; стоимостью и условиями их предоставления; с действующими льготами для отдельных категорий граждан; с перечнем медицинских услуг, входящих в Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и его правах получить ее бесплатно в установленном действующим законодательством порядке. По медицинским показаниям и/или с согласия Пациента ему могут быть оказаны и иные услуги, стоимость которых согласовывается Исполнителем с Пациентом или его представителем дополнительно.

Подписав настоящий договор, Пациент добровольно согласился на оказание ему указанных услуг на платной основе.

1.3. Срок оказания медицинских услуг с даты заключения договора по 31.12.2017г. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора. Подтверждением получения пациентом Услуги является заключение по результатам диагностического обследования или выписка из истории болезни.

1.4. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим российским законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг.

1.5. Виды диагностического обследования и лечения, рекомендованные Пациенту, а также возможные последствия лечения указываются в амбулаторной карте.

1.6. Предварительный перечень услуг, оказываемых Исполнителем Пациенту, согласовывается Сторонами в Приложении № 1 к договору, являющемуся неотъемлемой частью настоящего договора.

В соответствии с медицинскими показаниями, выявленными в процессе обследования и/или лечения Пациента Исполнителем, перечень медицинских услуг может быть изменен (в т. ч. дополнен), предоставление медицинских услуг может быть отложено.

1.7. Информация о видах, стоимости, порядке и сроках оказания услуг дополнительно размещена на информационных стендах и на сайте www.kst27.ru

 2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

 2.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещении по адресу: г. Хабаровск, ул. Шеронова д. 6, а также в медицинских учреждениях, имеющих с Исполнителем соответствующие договора.

 2.2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Пациента.

 2.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через регистратуру Исполнителя посредством телефонной связи. Телефон центра предварительной записи: 48-88-88, работают с 8.00 до 21.00. в воскресенье с 8.00 до 21.00. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются Пациенту без предварительной записи и/или вне установленной очереди. При отсутствии записи, по согласованию сторон, услуга может быть оказана в момент обращения.

 2.4. Основанием для оказания медицинских услуг является:

- наличие у Исполнителя лицензии на осуществление медицинской деятельности;

- добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату, что подтверждается данным договором;

- наличие информированного добровольного согласия Пациента;

- исполнение Пациентом условий и обязанностей по настоящему договору.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

 3.1. Стоимость медицинских услуг, определяется согласно действующего на момент оказания услуг Прейскуранта, указывается в счете, выданном Пациенту, который является неотъемлемой частью договора.

 3.2. Оплата Услуг осуществляется Пациентом путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, через терминал посредством пластиковой карты банка или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в день оказания услуги.

 Оплата медицинских услуг осуществляется Пациентом лично (либо иным лицом - супругом, отцом, матерью, сыном, дочерью, усыновителем, попечителем; либо лицом, действующим по доверенности).

 3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Пациента с учетом уточненного диагноза, сложности и иных затрат на лечение, данные изменения к Договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами Договора.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

 4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых Пациенту платных медицинских услуг (Приложение № 1, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора).

4.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесения Пациентом денежных средств в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

4.1.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

4.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством порядке.

4.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости, оказанных Пациенту медицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от Пациента.

4.1.6. Немедленно извещать Пациента о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

4.1.7. Обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Пациента или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента.

4.2. Исполнитель имеет право6

4.2.1. требовать от Пациента соблюдения:

 - графика прохождения процедур;

 - соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний;

4.2.2. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Пациента, достаточных для его идентификации;

 4.2.3. В одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Пациентом своих обязательств, при этом расчет производиться за фактически оказанные услуги;

 4.2.4. В случае возникновения неотложных состояний Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

4.3. Пациент обязуется:

4.3.1. оплачивать стоимость медицинских услуг, указанных в п. 4.1.1, до начала их оказания согласно утвержденному Прейскуранту и в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора.

4.3.2. предоставить врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в иных лечебных учреждениях (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.

4.3.3. ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

4.3.4. выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

4.3.5. при прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;

4.3.6. отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков;

4.3.7. согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.

4.4. Пациент имеет право:

4.4.1. в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе, прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, о результатах проведенного лечения;

4.4.2. требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг;

4.4.3. выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);

4.4.4. отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания медицинской услуги;

4.4.5. дать добровольное согласие на медицинское вмешательство;

4.4.6 на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги, либо безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги (по своему выбору).

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

 5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

 5.2. Пациент разрешает передачу сведений, составляющих врачебную тайну должностным лицам Исполнителя, в интересах обследования и лечения Пациента и/или ответственным по договору Добровольного медицинского страхования.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

 6.1. Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента в соответствии с законодательством РФ.

 6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, действия обстоятельств непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

 6.3. Пациент обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать услугу или был вынужден прекратить её оказание по вине Пациента.

7. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

 7.1.Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров.

7.2. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ с обязательным проведением независимой экспертизы и соблюдением претензионного порядка. Срок рассмотрения претензии 30 дней.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ И УСЛОВИЯ РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до исполнения сторонами обязательств.

8.2. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения сторонами своих обязательств:

8.2.1. По соглашению сторон, при этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором;

8.2.2. В одностороннем порядке Пациентом путем подачи письменного заявления на имя Медицинского директора ООО «Клиника современных технологий- ДВ» в любое время оказания услуг (услуги), при этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

8.2.3. В одностороннем порядке Исполнителем, с письменным уведомлением Пациента, в случае нарушения Пациентом принятых на себя обязательств по договору и невозможности исполнения обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента, при этом возврат средств, внесенных Пациентом, производится в порядке и на условиях, предусмотренных договором.

9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

9.1. Пациент, находясь в ясной памяти, признает, что ознакомлен с правами пациента в соответствии со ст.ст. 18, 20-22, 28, 41 Конституции РФ, ст.ст.18-23,27 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» ему в доступной форме изложено, и он полностью осведомлен о предстоящей медицинской услуге(ах), современных методах лечения и профилактике заболевания, а так же возможном риске, осложнениях (аллергические реакции, отек Квинке, анафилактический шок, уплотнение и болезненность вены или мягких тканей, кровотечение, травматическое повреждение соседних органов, нарушение сердечного ритма и проводимости, летальный исход), и выражает осознанное согласие на оказание медицинской услуги (услуг).

10. Адреса и реквизиты сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО "Клиника современных технологий - ДВ" Лицензия ЛО-27-01-000861

 от 12.09.2012г.

адрес: 680033 г. Хабаровск ул. Шеронова д. 6 тел. 47-77-01 .ИНН/КПП 1234567890/123456789 ОГРН:1234567890ОКПО 12345678

Директор: ООО Клиника современных технологий ДВ":  /В.А. Рыбкис /

ПАЦИЕНТ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес и телефон: Паспорт: серия № когда и кем выдан:

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

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Пациент предоставляет Исполнителю право сообщать информацию о состоянии его здоровья следующим способом:

по электронной почте: ........................@......................................, по тел/факсу: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласие на обработку персональных данных**

Настоящим во исполнение требований Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. я, гражданин РФ [NAME], [BIRTH] года рождения, паспорт [PASSPORT], адрес регистрации: [ADDRESS], даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Клиника Современных Технологий- ДВ» (место нахождения: г. Хабаровск ул. Шеронова д. 6, далее Оператор), его обособленным подразделениям и его группе лиц на обработку моих персональных данных 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. Настоящее согласие выдано без ограничения срока его действия.

Под обработкой персональных данных я понимаю сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение и любые другие действия (операции) с персональными данными.

Под персональными данными я понимаю любую информацию, относящуюся ко мне как к субъекту персональных данных, в том числе афамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, доходы, 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, другая информация.

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 пять лет.

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

С порядком отзыва согласия на обработку персональных данных ознакомлен.

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

(Ф.И.О. полностью, подпись)

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

**ООО «Клиника Современных Технологий-ДВ»**  Г.Хабаровск ул. Шеронова 6, тел. 48-33-33 Лицензия №27-01-000861 от 12.09.2012

**Информированное добровольное согласие на виды 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**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения, проживающий по адресу:

Даю информированное добровольное согласие на виды 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в ООО "Клиника Современных Технологий-ДВ"

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 должность, Ф.И.О. медицинского работника

Я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть):

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

Ф.И.О. лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись, Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

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

 Подпись, Ф.И.О. медицинского работника

**ООО «Клиника Современных Технологий-ДВ»**  Г.Хабаровск ул. Шеронова 6, тел. 48-33-33 Лицензия №27-01-000861 от 12.09.2012

**Информированное добровольное согласие на виды 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**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

Даю информированное добровольное согласие на виды 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

Кузнецова Оксана Леонидовна

 Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения, проживающего по адресу:

 адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель

первичной медико-санитарной помощи в ООО "Клиника Современных Технологий-ДВ"

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 должность, Ф.И.О. медицинского работника

Я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть):

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

Ф.И.О. лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи

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

Подпись, Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

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

 Подпись, Ф.И.О. медицинского работника

 Дата оформления информированного добровольного согласия