

ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

город Тихорецк

Д.М.Г.

Гражданин(ка)

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с одной

стороны, и Общество с ограниченной ответственностью ««Формула здоровья», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Управляющего индивидуального предпринимателя Петросяна Дмитрия Викторовича, действующего на основании Устава и договора передачи полномочий единоличного исполнительного органа Общества Управляющему №ПП-01 от 01.09.2020 г., с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказать Заказчику, на возмездной основе, медицинские услуги, указанные в пункте 1.2 договора, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения РФ, а Заказчик обязуется своевременно оплатить стоимость предоставленных медицинских услуг (далее по тексту Договора - Услуги), согласно действующего прейскуранта Исполнителя.

1.2. Перечень Услуг, предоставляемых Заказчику: анализы, процедуры, приемы врачей, предварительные и периодические медицинские осмотры, освидетельствования.

1.3. Исполнитель осуществляет Услуги на основании лицензии регистрационный номер №ЛЮ41-01126-23/00351522 от 30 сентября 2019 года, статус - действует бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Краснодарского края

Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

352120, Краснодарский край, г. Тихорецк, ул. Калинина, д. 47 при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: инфекционным болезням, ревматологии, травматологии и ортопедии, функциональной диагностике;

352120, Краснодарский край, г. Тихорецк, ул. Калинина, д. 47, здание литер Б, 2 этаж, комнаты № 25-37 при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, медицинскому массажу, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), детской хирургии, клинической лабораторной диагностике, неврологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, хирургии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности;

352120, Краснодарский край, г. Тихорецк, ул. Калинина, д. 47, литер Б, 1 этаж, пом. № 16,18, 2 этаж, пом. № 25-37 при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, кардиологии, онкологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, ультразвуковой диагностике, урологии, эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: кардиологии, неврологии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе профессиональной пригодности. При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым);

352120, Краснодарский край, г. Тихорецк, ул. Калинина, дом № 43, литер «А2», 1 этаж, помещения №15-21 при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, травматологии и ортопедии;

352120, Краснодарский край, г. Тихорецк, ул. Ударников, 16/2, 2 этаж, литер М, помещения №№ 204, 208, 209, 212, 213, 220, 221, 222, 223 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 проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым);

352120, Краснодарский край, г. Тихорецк, ул. Энгельса, д. 76-В, этаж 1, литер А, помещения №№ 11,12,13,14,15,23,24 при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной

доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии, физиотерапии;

352120, Краснодарский край, Тихорецкий район, г. Тихорецк, ул. Калинина, 58, 1 этаж, помещения №16,17,18,19 при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии;

352120, Краснодарский край, Тихорецкий район, г. Тихорецк, ул. Калинина, д. 58, 1 этаж, литер А, помещения №№ 4-15, 56-72, 94-98, 3 этаж литер А, помещения №№ 54, 55, 81, 88-93, 133, 142-150 при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, неврологии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: кардиологии, неврологии;

352120, Краснодарский край, Тихорецкий район, г. Тихорецк, ул. Калинина, дом № 47, литер Б, 1 этаж, нежилое помещение № 14 при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре, спортивной медицине;

352125, Краснодарский край, г. Тихорецк, ул. Калинина, 122, нежилое помещение № 1, этаж 1, литер А, помещения № 70, 71, 77, 80, 83, 84 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 в косметологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметологии;

352125, Краснодарский край, г. Тихорецк, ул. Калинина, 122, нежилое помещение № 1, этаж 1, литер А, помещения №70,71,77,78, 83,87 при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: аллергологии и иммунологии;

352125, Краснодарский край, г. Тихорецк, ул. Калинина, д. 122, нежилое помещение № 1, этаж 1, литер А, помещения №№ 69-87 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: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), дерматовенерологии, неврологии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, профпатологии, стоматологии терапевтической, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, хирургии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе профессиональной пригодности. При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым). При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

Полная информация об Исполнителе размещена на сайте www.formulzd.ru.

УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1 Исполнитель оказывает Услуги по Договору по адресам осуществления деятельности, указанным в лицензии: г. Тихорецк, ул. Калинина, 43, г.Тихорецк, ул.Калинина, 58, г.Тихорецк, ул.Калинина, 47, Калинина, 122, г.Тихорецк, ул.Энгельса, 76-В, силами собственных специалистов, а также в мед.учреждениях, имеющих с Исполнителем соответствующий договор.

2.2 При получении медицинских Услуг Заказчиком оформляется добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство в случаях, предусмотренных законодательством РФ.

2.3 Исполнитель информирует Заказчика 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 в медицинских учреждениях, участвующих в реализации таких программ.

2.4 Исполнитель информирует 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 В случае если при предоставлении Услуг потребуются предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика.

2.6 В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.7 Исполнителем выдается Заказчику документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек).

2.8 После исполнения договора Заказчику, по его письменному требованию, выдаются медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, результаты анализов), отражающие состояние его здоровья.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Заказчику, оговариваются действующим прейскурантом Исполнителя по медицинским показаниям и/или с согласия Заказчика ему могут быть оказаны и иные услуги, стоимость которых согласовывается с Заказчиком или его представителем дополнительно.

3.2. Оплата медицинских услуг по настоящему договору производится Заказчиком в порядке 100% предоплаты до начала оказания Услуги наличными денежными средствами в кассу Исполнителя в российской валюте (в рублях), либо по безналичному расчету путем перечисления денежных средств с банковской карты Заказчика, с применением платежного терминала.

3.3. После оказания услуг Исполнитель выдает Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Указанная информация предоставляется бесплатно.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Оказать Услуги качественно, в соответствии с требованиями медицинских стандартов; обеспечить Заказчика в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о режиме работы, перечне платных Услуг, с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих Услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов, выполняющих Услуги.

4.1.2. Тщательно и достоверно вести медицинскую документацию Заказчика;

4.1.3. При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Требовать от Заказчика соблюдения графика прохождения процедур и внутреннего режима работы медицинской клиники.

4.2.2. Отказать в обслуживании Заказчика, находящегося в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения, а также при наличии и выявлении противопоказаний к проведению процедуры/лечения.

4.2.3. При невозможности оказания Услуги по техническим или организационным причинам перенести дату и время оказания Услуги, своевременно, предупредив об этом Заказчика не менее чем за 1 час до назначенного времени.

4.3. Заказчик обязан:

4.3.1. Оплатить стоимость медицинских Услуг, согласно прейскуранта, действующего на момент получения Услуги, в соответствии с пунктом 4.1 настоящего договора.

4.3.2. Выполнять требования медицинского персонала, включая сообщение необходимых для этого сведений о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах.

4.3.3. Своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком настоящего Договора, в том числе о необходимости отмены или изменения назначенного ему времени получения медицинской Услуги. В случае опоздания Заказчика более чем 10 (десять) минут по отношению к назначенному ему времени получения Услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения Услуги.

4.4. Заказчик имеет право:

4.4.1. Самостоятельно, на основании действующего прейскуранта Исполнителя, определить перечень услуг, которые он желает получить в рамках настоящего договора.

4.4.2. Получать оговоренные настоящим договором Услуги, в соответствии с прейскурантом Исполнителя, действующим на момент получения Услуги.

4.4.3. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения 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.

4.4.4. Для достижения наибольшей эффективности проводимого лечебного курса Заказчик добровольно принимает на себя обязательство соблюдать график наблюдения у врача, в том числе - информирования его о состоянии своего здоровья в процессе лечения в оговоренных временных рамках.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

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

5.2. С согласия Заказчика или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Заказчика, а также без согласия Заказчика - в случаях, предусмотренных законодательством РФ.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

6.1. Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Заказчику неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Заказчика в соответствии с законодательством РФ, за исключением случая, когда неисполнение или ненадлежащее исполнение Договора произошло в результате нарушения Заказчиком условий Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

6.2. В случае если при оказании услуг потребуются предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика). Оказание дополнительных платных услуг оформляется в виде дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости.

6.3. При возникновении претензии по качеству оказанной медицинской услуги Потребитель подает ее в письменной форме на почтовый адрес или адрес электронной почты Исполнителя, указанные в разделе договора «Реквизиты сторон». В претензии должны содержаться сведения, достаточные для идентификации Потребителя (Ф. И. О., дата предоставления медицинской услуги и ее вид), а также суть претензии и контактные данные для оперативной связи с Потребителем (телефон, адрес электронной почты).

6.4. В случае поступления претензии Потребителя Исполнитель направляет ему ответ в отношении заявленных требований в сроки, установленные для удовлетворения требований Потребителя Законом РФ «О защите прав потребителей», а при их отсутствии – в десятидневный срок со дня получения претензии. Ответ направляется по адресу электронной почты, указанному Потребителем в претензии, а при его отсутствии – заказным письмом с уведомлением о вручении либо иным способом, который позволяет зафиксировать факт направления ответа и его получения Потребителем.

6.5. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. При рассмотрении конфликтных ситуаций учитывается соблюдение сторонами принятых на себя обязательств. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. В случае отказа Заказчика после заключения договора от медицинских услуг, договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.2. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильной подписи на настоящем договоре, а также на иных документах, имеющих значение для его исполнения, изменения или прекращения.

Настоящий Договор составлен в двух экземплярах - по одному для каждой из сторон. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до «01» апреля 2024 г.

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

8.1. Заказчик	8.2. Исполнитель
<p>ФИО: _____ Адрес: _____ Тел: _____ Номер полиса ОМС _____ Документ, удостоверяющий личность: _____ серия: _____ номер: _____ когда выдан: _____ кем выдан: _____ Адрес электронной почты: _____</p> <p>Дата, подпись: д.м.г. _____ ✓</p>	<p>ООО «Формула здоровья», г. Тихорецк, ул. Калинина, 47, тел. 8(86196)76699 ОГРН 1082321000266 выдан Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №1 по Краснодарскому краю Территориальный участок 2321 по г. Тихорецку 13.03.2008г серия 23 №007080057, ИНН: 2321016729, КПП: 232101001, ОКВЭД 86.10 Р/счѐт: 40702810300550008591 К/счѐт: 30101810145250000411 БИК: 044525411 Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) в г. Москве Управляющий ООО «Формула здоровья» ИП Петросян Д.В. _____ Дата, подпись _____ 4</p>

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____ рождения _____ зарегистрированный/проживающий по адресу:

_____ в отношении ФИО (при подписании согласия законным представителем) _____ Дата рождения _____

зарегистрированного/проживающего по адресу: _____

- 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 года №390н для получения первичной медико-санитарной помощи /получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Формула здоровья» в течение срока действия договора на оказание платных медицинских услуг.

Медицинским работником (должность, ФИО)

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.

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, следующих видов медицинских вмешательств при оказании первичной медико-санитарной помощи в рамках заключенного договора:

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, рэоэнцефалография, 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.

Поставлен(а) в известность о своем (представляемого лица) диагнозе и рекомендованном лечении; в результате разъяснений я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я понимаю сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать точный результат предложенного лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. У меня нет оснований не доверять или сомневаться в квалификации врачей, выполняющих предстоящее лечение. В случае возникновения непредвиденных ситуаций, осложнениях в ходе лечения, я согласен (согласна) на применение тех мероприятий, которые, по мнению врача, целесообразны в таком случае.

Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых непрописанных лекарств;

Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

Довожу до сведения врача, об отсутствии у меня проблем, связанных со здоровьем, в том числе:

- об отсутствии аллергических проявлений,
- об отсутствии индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и методов лечения, а также их сочетаний.

В случае, если в течение срока действия договора на оказание платных медицинских услуг, состояние моего здоровья изменится, в том числе возникнут вышеперечисленные обстоятельства, я обязуюсь уведомить об этом врача.

Я сообщил врачу обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности; о принимаемых лекарственных средствах.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости препаратов. Я сообщил (сообщила) правдивые

сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств,

Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских целях с учетом сохранения врачебной тайны;

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Я понимаю, что подписание настоящего документа влечет для меня юридические последствия.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

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

_____ (ФИО гражданина, контактный телефон) _____ ✓ (подпись)

_____ (ФИО гражданина или его законного представителя) дата.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____ Дата рождения _____ зарегистрированный/проживающий по адресу: _____
в отношении ФИО (при подписании согласия законным представителем) _____ Дата рождения _____
зарегистрированного/проживающего по адресу: _____

В соответствии с требованиями статьи 9, 10 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», ПОДТВЕРЖДАЮ СВОЮ СОГЛАСИЕ на обработку ООО «Формула здоровья» (далее - Оператор) моих персональных данных/ данных представляемого мною лица, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, e-mail, реквизиты паспорта (документа удостоверяющего личность, в том числе свидетельства о рождении), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, учебы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, а также биометрических данных (мое изображение и звук голоса), полученных при осуществлении аудио- и видео-записи, производимых в клинике.

В процессе оказания услуг Оператором Я. ДАЮ СОГЛАСИЕ на обработку Оператором своих персональных данных/ данных представляемого мною лица, то есть совершение, в том числе, следующих действий: обработку (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных) (при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ), а также на передачу такой информации третьим лицам, в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством. Целью обработки персональных данных является, в том числе, уведомление об услугах и напоминание о записи на прием.

ОПЕРАТОР ВПРАВЕ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанными способом, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет - для поликлиники

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, без такового - только в случаях, строго установленных законодательством РФ.

Согласен/не согласен (ненужное зачеркнуть) на передачу моих персональных данных (персональных данных представляемого) в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения.

Настоящее согласие действует бессрочно.

Настоящее согласие может быть отозвано Субъектом в любой момент по соглашению сторон. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления Оператору не менее, чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.4 ст.14 Федерального закона от 27.06.2006г. №152-ФЗ).

СУБЪЕКТ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ: _____ дата _____ ✓

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Email _____ 6