

Заказчик/Законный представитель Потребителя обязуется принять и оплатить медицинские услуги, в порядке и в сроки, установленные Договором.

2.2. При необходимости Потребителю, с его согласия (согласия Законного представителя Потребителя), могут быть оказаны на возмездной основе дополнительные медицинские услуги, не предусмотренные настоящим Договором. Предоставление дополнительных медицинских услуг возможно на основании оформления нового договора или дополнительного соглашения к настоящему договору, или приложения «Счет» к настоящему договору при условии, если согласие на получение дополнительных платных медицинских услуг получено до оказания вышеуказанных услуг и отражено в приложении «Счет» и подписано Сторонами. Потребитель/Законный представитель Потребителя самостоятельно выбирают удобный для себя способ оформления получения дополнительных медицинских услуг на возмездной основе.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. *Исполнитель обязуется:*

3.1.1. Организовывать и оказывать медицинские услуги в соответствии с лицензией и действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.2. Предоставить Потребителю платные медицинские услуги квалифицированными специалистами в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе в соответствии:

- с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – Порядок);
- на основе клинических рекомендаций;
- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - Стандарты).

3.1.3. Письменно уведомить Потребителя/Заказчика/Законного представителя Потребителя 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.

3.1.4. Обеспечить Потребителя/Законного представителя Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской услуги. Предложить Потребителю/Законному представителю Потребителя ознакомиться и подписать информированное согласие на предоставление платных медицинских услуг, а так же дополнительных услуг, необходимых для исполнения Договора.

3.1.5. После исполнения Договора/получения услуги Потребителю/Законному представителю Потребителя выдать результаты исследований Потребителя.

3.1.6. По обращению Потребителя/Законного представителя Потребителя выдать документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя и (или) Заказчика на оказанные медицинские услуги, а именно копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения); справку об оплате медицинских услуг по установленной форме.

3.1.7. Проинформировать Потребителя/Заказчика/Законного представителя Потребителя о возможных, но не обязательных рисках возникновения побочных эффектов, осложнений для здоровья в силу специфики самой медицинской технологии.

3.1.8. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Заказчиком/Потребителем, хранить врачебную тайну.

3.2. *Исполнитель имеет право:*

3.2.1. Получать от Потребителя/Законного представителя Потребителя всю информацию, необходимую для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

3.2.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.2.3. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, утвержденных Минздравом России, либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.2.4. Требовать от Потребителя/Законного представителя Потребителя бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Исполнителя.

3.2.5. Отказаться в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Потребителя.

3.2.6. Отказаться Потребителю в оказании платных медицинских услуг в случае нарушения п.3.3. настоящего Договора.

3.2.7. Отказаться Потребителю в оказании платных медицинских услуг Потребителю, находящемуся в алкогольном или наркотическом опьянении.

3.3. *Потребитель и/или Заказчик/Законный представитель Потребителя обязуется:*

3.3.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.3.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.3.3. Соблюдать правила поведения пациента (потребителя) в медицинской организации.

3.3.4. Являться на прием в назначенное время. При опоздании Потребителя, Исполнитель вправе отказать в оказании услуги, либо перенести время приема по согласованию с Потребителем/Законным представителем Потребителя на ближайшее свободное.

3.3.5. Ознакомиться и подписать: информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Без подписания документов, указанных в настоящем пункте Договора, оказание медицинских услуг Потребителю по настоящему договору невозможно.

3.3.6. Выполнять Правила внутреннего распорядка Исполнителя, требования и предписания медицинского персонала Исполнителя как необходимые условия оказания ему качественной медицинской помощи.

3.4. Потребитель и/или Заказчик/Законный представитель Потребителя имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

3.4.2. Получать исчерпывающую информацию о предоставляемых медицинских услугах.

3.4.3. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.4.4. Получать отражающие здоровье Потребителя медицинские документы (копии и выписки из медицинских документов).

3.4.5. На сохранение в тайне информации о здоровье Потребителя.

3.4.6. На отказ от медицинского вмешательства.

3.4.7. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основании добровольного волеизъявления Потребителя (законного представителя Потребителя) и согласия Потребителя (законного представителя Потребителя) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя или Заказчика/Законного представителя Потребителя.

4.2. Предельные сроки ожидания платных медицинских услуг/сроки проведения клинических лабораторных исследований не превышают сроков, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи или достигаются соглашением сторон в зависимости от ресурсных возможностей Исполнителя с указанием даты оказания услуг в приложении к Договору.

4.3. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.4. Потребитель/Законный представитель Потребителя незамедлительно ставит в известность медицинских работников Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.5. Потребитель/Законный представитель Потребителя дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

4.6. Медицинская услуга считается оказанной качественно при условии, что при ее оказании Исполнителем были соблюдены обязательные требования соответствующих нормативно-правовых актов, услуга была оказана своевременно и в согласованном Сторонами объеме.

4.8. Исполнитель выполняет лабораторные исследования биологических материалов Потребителя собственными силами и/или с привлечением третьих лиц (других лабораторий) по собственному усмотрению.

4.9. Обращения граждан принимаются по адресу: 357502, Российская Федерация, Ставропольский край, город Пятигорск, улица Московская, дом 81, помещение 25, а так же путем направления обращения на электронную почту factor-8@yandex.ru.

4.10. Все претензии, поступившие Исполнителю в письменном, устном, электронном виде, рассматриваются в сроки, установленные законодательством Российской Федерации.

4.11. В случае если при оказании платных медицинских услуг потребуется предоставление медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.12. При заключении договора Потребителю и (или) Заказчику/Законному представителю Потребителя предоставляется в доступной форме информация 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.

5. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

5.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг указана в приложении (дополнительном соглашении) к Договору.

5.2. Оплата медицинских услуг осуществляется до начала оказания медицинских услуг:

- по безналичному расчету банковской картой – на расчетный счет Исполнителя, указанный в реквизитах Сторон;

- путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

5.3. Потребителю и (или) Заказчику/Законному представителю Потребителя в случаях, установленных законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

5.4. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию Потребителя и (или) Заказчика/Законного представителя Потребителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

5.5. Возврат оплаченных денежных средств за оказание платных медицинских услуг осуществляется в течение 10 календарных дней, в соответствии с утвержденным Положением о порядке возврате денежных средств по договорам оказания платных медицинских услуг в ООО «Фактор 8».

5.6. Наименование и стоимость оказываемых медицинских услуг отражается в приложении «Счет», который подписывается Сторонами при заключении Договора (а также до оказания дополнительных медицинских услуг). Приложение «Счет» является неотъемлемой частью настоящего Договора.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

6.1. Настоящий Договор вступает в силу момента подписания Сторонами и действует один год.

6.2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде дополнительного Соглашения Сторон и подписанного Исполнителем и Потребителем и/или Заказчиком/Законным представителем Потребителя.

6.3. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.

6.4. В случае отказа Потребителя/Законного представителя Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель и (или) Заказчик/Законный представитель Потребителя оплачивают исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, Стороны несут ответственность в соответствии действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение или ненадлежащее исполнение, явилось следствием непреодолимой силы, форс-мажорных обстоятельств и по иным обстоятельствам, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставленной некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем/Заказчиком/Законным представителем Потребителя условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, а также в случае, если Потребитель не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

7.5. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае недостижения согласия – в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор составляется в 3 (трех) экземплярах, один из них остается у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Потребителя. В случае если договор заключается совершеннолетним Потребителем и Исполнителем, он составляется в 2 (двух) экземплярах.

8.2. Все приложения и дополнительные соглашения являются неотъемлемой частью Договора.

8.3. В момент подписания настоящего Договора Потребитель/Заказчик/Законный представитель Потребителя ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность: 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, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии; при оказании специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике, лабораторной генетике, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии.

8.4. В момент подписания настоящего Договора Потребитель/Заказчик/Законный представитель Потребителя имел возможность ознакомления с Прейскурантом на медицинские услуги, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги и согласен с оплатой в полном размере до начала оказания платных медицинских услуг по настоящему Договору, а также ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка Исполнителя.

8.5. В момент подписания договора Потребитель/^{подпись}законный представитель Потребителя/^{расшифровка подписи}подтверждает свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг, указанных в Приложении №1.

Исполнитель	Потребитель	Заказчик
Наименование Реквизиты _____/_____	ФИО E-mail _____/_____	ФИО E-mail _____/_____

Согласие на обработку персональных данных и передачу информации о результатах моих исследований

Я, _____, нижеподписавшийся(ая) _____, проживающий (ая) по адресу: _____,

паспорт: серия _____ номер _____, выдан _____ года (далее — Пациент (потребитель), в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Фактор 8» (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, контактный телефон, адрес электронной почты. Оператор имеет право на обмен (прием, передачу) моими персональными данными с третьими лицами (другими лабораториями) в целях выполнения обязательств по договору с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом при условии, что и прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную, врачебную) тайну.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на:

предоставление информации о факте моего обращения в ООО «Фактор 8» за оказанием медицинской помощи, о полученных медицинских услугах, в том числе результатах выполненных медицинских исследований (анализов), иной информации, необходимой для правильного проведения, интерпретации результатов медицинских исследований (анализов), о состоянии моего здоровья и о иных сведениях, полученных при оказании медицинских услуг, составляющих врачебную тайну, должностным лицам Оператора, при условии, что их обработка осуществляется ответственным лицом Оператора, обязанным сохранять конфиденциальность информации

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров на оказание платных медицинских услуг.

Предоставляю ООО «Фактор 8» право осуществлять/совершать все необходимые действия (операции) с моими персональными данными и сведениями, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ООО «Фактор 8» вправе обработать мои персональные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

ООО «Фактор 8» гарантирует, что обработка моих личных персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я информирован, что ООО «Фактор 8» будет обрабатывать мои персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Даю свое согласие на получение уведомлений о новостях, проводимых акциях и специальных предложениях от ООО «Фактор 8»

по смс на номер: _____ по электронной почте: _____

Прошу сообщить результаты моих исследований (отметьте нужный вариант):

по электронной почте:

доверенному лицу _____ (ФИО доверенного лица, телефон)

не отправлять по каналам связи (я получу результаты исследования в бумажном виде).

Я уведомлен, что передача результатов моих исследований по электронной почте является сложным многоэтапным процессом и не может обеспечить 100 % гарантию безопасности доставки.

При передаче данных исследований по открытым каналам связи (телефон, электронная почта) ООО "Фактор 8", не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации. Я, принимая такое решение, понимаю риск возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

Настоящее согласие дано мной лично и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Фактор 8» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручению лично под расписку представителю ООО «Фактор 8», а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении в ООО «Фактор 8» на основании письменного запроса.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, действую своей волей и в своих интересах.

Дата: . . .

Подпись пациента (потребителя): ✓

Приложение № 2 к Договору на
оказание платных медицинских услуг от №

**Согласие на обработку персональных данных и передачу информации
о результатах исследований Пациента (потребителя)**

Я, нижеподписавшийся(ая) _____,
_____, проживающий (ая) по адресу:

паспорт: серия _____ номер _____, выдан _____ года, являюсь законным
представителем пациента (потребителя)

ФИО, дата рождения

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в целях оказания медицинских услуг пациенту, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Фактор 8» (далее — Оператор) персональных данных пациента, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, контактный телефон, адрес электронной почты. Оператор имеет право на обмен (прием, передачу) персональными данными пациента с третьими лицами (другими лабораториями) в целях выполнения обязательств по договору с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом при условии, что и прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на:

предоставление информации о факте обращения пациента в ООО «Фактор 8» за оказанием медицинской помощи, о полученных медицинских услугах, в том числе результатах выполненных медицинских исследований (анализов), иной информации, необходимой для правильного проведения, интерпретации результатов медицинских исследований (анализов), о состоянии здоровья пациента и о иных сведениях, полученных при оказании медицинских услуг, составляющих врачебную тайну, должностным лицам Оператора, при условии, что их обработка осуществляется ответственным лицом Оператора, обязанным сохранять конфиденциальность информации.

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка персональных данных и сведений пациента, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров.

В целях оказания медицинских услуг пациенту, исполнения условия договора, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Фактор 8» моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, контактный телефон, адрес электронной почты.

Предоставляю ООО «Фактор 8» право осуществлять/совершать все необходимые действия (операции) с персональными данными и сведениями пациента/законного представителя пациента, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ООО «Фактор 8» вправе обработать персональные данные пациента посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

ООО "Фактор 8" гарантирует, что обработка личных персональных данных пациента/законного представителя пациента осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я информирован, что ООО "Фактор 8" будет обрабатывать персональные данные пациента как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Даю свое согласие на получение уведомлений о новостях, проводимых акциях и специальных предложениях от ООО «Фактор 8»

по смс на номер: по электронной почте:

Прошу сообщить результаты исследований пациента (отметьте нужный вариант):

по электронной почте:

доверенному лицу _____
(ФИО доверенного лица, телефон)

не отправлять по каналам связи (я получу результаты исследования в бумажном виде).

Я уведомлен, что передача результатов исследований пациента по электронной почте является сложным многоэтапным процессом и не может обеспечить 100 % гарантию безопасности доставки.

При передаче данных исследований по открытым каналам связи (телефон, электронная почта) ООО "Фактор 8", не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации. Я, принимая такое решение, понимаю риск возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

Настоящее согласие дано мной лично и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Фактор 8» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручению лично под расписку представителю ООО «Фактор 8, », а также получить доступ к персональным данным пациента при личном обращении в ООО «Фактор 8» на основании письменного запроса.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, действую своей волей и в своих интересах.

Дата: . .20
/

Подпись законного представителя пациента (потребителя): ✓

**Информированное добровольное согласие на
медицинское вмешательство**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
"___" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании
согласия законным представителем)
"___" _____ г. рождения, 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. N 390н1 (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 _____

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, метод 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. N 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь

(ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

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

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

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

"___" _____ г.
(дата оформления)

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от 23 апреля 2012 г. N 390н

**ПЕРЕЧЕНЬ
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,
НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, 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, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.