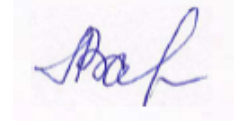


ШАБЛОН
Договора на оказание платных медицинских услуг
Утвержден Приказом № 58 от 18.08.2023
Директор ООО «Санаторий-профилакторий «Полосухинский»
Репина Л.В.



Общество с ограниченной ответственностью «Санаторий-профилакторий «Полосухинский» в соответствии с требованиями, определенными Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736) уведомляет 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.

(подпись)

Договор
оказания платных медицинских услуг

г. Новокузнецк

«__» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Санаторий-профилакторий «Полосухинский» (ИНН 4221031036, ОГРН 1114221000190, Лицензия № Л041-01161-42/00335322 выданная 22.10.2019 Министерством здравоохранения Кузбасса, срок действия - бессрочно)- далее ООО «СП «Полосухинский», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Директора Репиной Ларисы Владимировны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и _____ (паспорт серия _____ номер _____ выдан _____ дата выдачи _____ код подразделения), именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик», а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. Данный договор является публичным договором – офертой и содержит все существенные условия предоставления Исполнителем платных медицинских услуг.

1.2. Услуги предоставляются на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и не облагаются НДС: лицензия № ЛО41-01161-42/00335322 от 22.10.2019г., выдана Министерством Здравоохранения Кузбасса на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи, осуществление медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, проведение медицинских экспертиз и медицинских осмотров, проведение медицинских освидетельствований по адресу Кемеровская область-Кузбасс, г. Новокузнецк, ул. Тульская, 40.

1.3. Свидетельством полного и безоговорочного акцепта (принятия) условий данного Договора является осуществление Заказчиком действий по выполнению условий Договора, в частности, оплаты медицинских услуг.

2. Предмет договора

2.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Заказчику по его добровольному согласию платные медицинские услуги, в том числе профилактические, лечебно-диагностические, реабилитационные и другие медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги в порядке и на условиях, установленных настоящим Договором.

2.2. Исполнитель оказывает Заказчику платные медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, Правилами оказания платных медицинских услуг и Прейскурантом цен, утвержденными директором ООО «СП «Полосухинский».

2.3. Правила оказания платных медицинских услуг, Прейскурант цен, а также сведения о специалистах

Исполнителя, об уровне их профессионального образования и квалификации являются официальными документами Исполнителя, содержат полный перечень медицинских услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего Договора, и порядок их оказания. Заказчик может ознакомиться с указанными документами по адресу: г. Новокузнецк, ул. Тульская, 40 (в рабочие дни и часы Исполнителя), либо на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: www.polosuhinskiy.ru

2.4. Исполнитель оказывает услуги, предусмотренные п. 2.1. настоящего Договора, в сроки, дни и часы, согласованные Исполнителем с Заказчиком.

2.5. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещении по адресу: г. Новокузнецк, ул. Тульская, 40.

2.6. Исполнитель уведомляет Пациента о возможности получения Услуг без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.7. Исполнитель уведомляет Пациента, что он не участвует в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. предоставить Заказчику необходимую, доступную и достоверную информацию об услугах, обеспечивающую возможность их правильного выбора;

3.1.2. согласовать с Заказчиком план лечения, обязательность которого установлена технологией оказания соответствующей медицинской услуги. При изменении плана лечения проинформировать об этом Заказчика и оказывать соответствующие услуги только при наличии его согласия и оплаты таких услуг;

3.1.3. оказывать Заказчику квалифицированные, качественные медицинские услуги, соответствующие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации;

3.1.4. предпринять все возможные усилия по предупреждению осложнений в процессе оказания медицинских услуг;

3.1.5. оказывать медицинские услуги Заказчику в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

3.1.6. получить информированное добровольное согласие Заказчика на медицинское вмешательство (Приложение №1);

3.1.7. вести необходимую медицинскую документацию в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ;

3.1.8. выдать Заказчику документ (контрольно-кассовый чек, квитанцию / иной бланк строгой отчетности), подтверждающий произведенную Заказчиком оплату предоставленных ему медицинских услуг;

3.1.9. при обработке персональных данных принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

3.1.10. выдача Заказчику (законному представителю Заказчика) медицинских документов (копий медицинских документов, выписок из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, осуществляется в порядке и сроки, установленные Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. № 789-н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» без взимания дополнительной платы.

3.1.11. по обращению Заказчика (законного представителя потребителя), согласно письменного заявления, в течение 10 дней выдать следующие документы, подтверждающие фактические расходы потребителя и (или) заказчика на оказанные медицинские услуги:

- копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения)

- справка об оплате медицинских услуг по установленной форме

- рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и печатью врача, печатью ООО «СП «Полосухинский».

- документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов

3.1.12. Без оформления дополнительного соглашения к договору, либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости, Исполнитель не вправе предоставлять

медицинские услуги на возмездной основе, если иное не оговорено в основном договоре.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. изменять цены, порядок и условия предоставления услуг путем внесения изменений в Правила оказания платных медицинских услуг и Прейскурант цен, с предварительным извещением об этом Заказчика;

3.2.2. в случае возникновения неотложных состояний Заказчика самостоятельно определять объем, виды исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;

3.2.3. приостановить оказание услуги, если в процессе исполнения обязательств выяснится неизбежность получения отрицательного результата или нецелесообразность дальнейшего оказания услуги. В этом случае стороны обязаны в 3-дневный срок рассмотреть вопрос о целесообразности дальнейшего оказания медицинских услуг по договору;

3.2.4. отказаться в одностороннем порядке от исполнения обязательств по настоящему договору в случае, когда действия Заказчика делают невозможным оказание медицинской услуги в целом или надлежащего качества, а именно:

- нарушение плана лечения, обязательность которого установлена технологией оказания соответствующей медицинской услуги;
- нарушение режима проводимых процедур;
- нарушение предписанной лечащим врачом диеты;
- нахождение в помещении Исполнителя в состоянии опьянения (алкогольное, наркотическое, иное);
- наличие и / или выявление противопоказаний к оказанию медицинской услуги.

3.2.5. осуществлять в помещениях Исполнителя видеонаблюдение, целью которого является обеспечение безопасности, противодействие хищениям, дополнительный контроль над качеством оказываемых услуг и решением спорных вопросов.

3.3. Заказчик обязан:

3.3.1. принять и оплатить оказанные ему Исполнителем платные медицинские услуги в полном объеме.

3.3.2. оплатить стоимость услуг Исполнителя в полном объеме, если невозможность исполнения договора возникла по вине Заказчика, в том числе в случаях, указанных в п. 3.2.4 настоящего Договора.

3.3.3. ознакомиться с правилами оказания платных медицинских услуг;

3.3.4. соблюдать установленный Исполнителем порядок и правила получения медицинских услуг;

3.3.5. соблюдать определенный лечащим врачом и согласованный Заказчиком план лечения, обязательность которого установлена технологией оказания соответствующей медицинской услуги;

3.3.6. информировать Исполнителя до начала оказания медицинской услуги:

- о своем состоянии здоровья, травмах, перенесенных и сопутствующих заболеваниях (в т.ч. хронических заболеваниях) и осложнениях, известных ему аллергических реакциях и противопоказаниях, результатах предварительных исследований, консультаций и рекомендаций других специалистов;
- о приеме лекарственных препаратов, биологически активных добавок;
- о курении, приеме наркотических средств и / или психотропных препаратов;
- иных факторах, способных повлиять на результат оказываемых медицинских услуг.

3.3.7. неукоснительно и точно выполнять:

- назначения и рекомендации лечащего врача и медицинского персонала Исполнителя,
- режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности;
- требования санитарно-эпидемиологического режима;
- правила внутреннего распорядка Исполнителя (подписывая данный договор Заказчик подтверждает, что указанные Правила в наглядной и доступной форме доведены до его сведения). Так же с данными правилами Заказчик вправе ознакомиться в любое время на стойке администратора или на официальном сайте ООО «СП «Полосухинский» www.polosuhinskiy.ru

3.3.8. сообщить о необходимости изменения / отмены назначенной даты посещения врача не позднее, чем за 24 часа до назначенного времени. В случае опоздания Заказчика более, чем на 10 (десять) минут по отношению к назначенному Заказчику времени получения услуг, Исполнитель оставляет за собой право на перенос предоставления услуг по настоящему Договору на иной срок, согласованный с Заказчиком.

3.3.9 в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя, возместить причиненный ущерб в полном объеме.

3.4. Заказчик имеет право:

3.4.1. получать информацию об Исполнителе и оказываемых им медицинских услугах и тарифах на медицинские услуги.

3.4.2. знакомиться с документами, подтверждающими квалификацию врача и наличие необходимых разрешений, сертификатов и лицензий на оказание медицинских услуг Исполнителем;

3.4.3. получать информацию о состоянии своего здоровья, а также выбирать лиц, которым в интересах

Заказчика может быть передана информация о его здоровье.

3.4.4. расторгнуть настоящий договор в любое время, уплатив Исполнителю часть цены пропорционально части оказанной услуги и возместив Исполнителю расходы, произведенные им до этого момента в целях исполнения договора, если они не входят в указанную часть цены услуги.

4. Стоимость услуг и порядок расчетов

4.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых в соответствии с настоящим Договором, определяется на основании Прейскуранта цен Исполнителя, действующего на момент оказания услуги и указывается в контрольно-кассовом чеке / квитанции / ином бланке строгой отчетности, выдаваемом Заказчику.

4.2. Заказчик осуществляет оплату стоимости медицинских услуг, оказываемых в соответствии с настоящим Договором, путем внесения 100% предоплаты стоимости медицинских услуг в кассу или на расчетный счет Исполнителя, либо иным способом, не запрещенным действующим законодательством РФ.

4.3. Стоимость медицинских услуг, оказанных Исполнителем Заказчику, имеющему полис Добровольного медицинского страхования оплачивается страховой компанией.

5. Порядок предоставления услуг

5.1. Услуги по настоящему Договору предоставляются в порядке предварительной записи Заказчика на прием. Предварительная запись Заказчика на прием осуществляется посредством телефонной связи. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются Заказчику без предварительной записи и/или вне установленной очереди.

Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг доведены до Заказчика при подписании данного договора. Так же, с данными правилами Заказчик вправе ознакомиться в любое время на стойке администратора или на официальном сайте ООО «СП «Полосухинский» www.polosuhinskiy.ru.

5.2. Услуги по настоящему договору могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения РФ, либо по просьбе Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств.

Фактический перечень медицинских услуг, которые желает получить Заказчик в рамках настоящего Договора, Заказчик определяет самостоятельно на основании рекомендаций лечащего врача и действующего Прейскуранта цен Исполнителя.

5.3. Медицинские услуги оказываются Заказчику по варианту технологии, общепринятому (обычному) для оказания такого рода медицинских услуг у Исполнителя.

Заказчик информирован Исполнителем и согласен, что детали, виды и объем проведения медицинских манипуляций для достижения результата указанных в настоящем договоре медицинских услуг Исполнитель определяет самостоятельно, без согласования с Заказчиком, основываясь на профессиональных знаниях и медицинских навыках своих медицинских работников.

5.4. Заказчик подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся медицинской услуги и условий её предоставления, вывешенной на стенде информации медицинского центра Исполнителя.

5.5. Качество предоставляемых услуг должно соответствовать условиям настоящего договора и требованиям, обычно предъявляемым к этим услугам.

5.6. Перед оказанием медицинской услуги врач (работник Исполнителя) обследует Заказчика, устанавливает отсутствие противопоказаний. Медицинская услуга не оказывается, если у Заказчика имеются острые воспалительные заболевания, аллергические реакции на применяемые в ходе оказания медицинской услуги препараты, материалы, изделия медицинского назначения.

5.7. Услугу оказывает врач квалификационной категории, либо иной медицинский работник Исполнителя, имеющий сертификат специалиста.

5.8. Заказчик предупрежден Исполнителем о вероятном риске и осознает, что с учетом самой технологии оказания медицинской услуги, не исключено наступление вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, способных причинить вред здоровью Заказчика, а также не гарантировано достижение положительного и эффективного результата оказания медицинских услуг.

5.9. В связи с тем, что побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма, и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить вероятность их наступления, Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга была оказана с соблюдением всех необходимых правил и требований.

5.10. В случае, если осложнения потребовали срочной медицинской помощи, Исполнитель оказывает такую помощь без дополнительной оплаты.

6. Ответственность Сторон

6.1. Исполнитель в соответствии с законодательством Российской Федерации несет ответственность за вред, причиненный жизни, здоровью Заказчика вследствие недостатков при оказании услуг.

6.2. Исполнитель не несет ответственность за наступление осложнений / побочных эффектов:

- возникших по вине Заказчика (невыполнение назначений и / или рекомендаций лечащего врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья);

- если медицинская услуга оказана с соблюдением действующих стандартов или требований, обычно предъявляемых к услугам подобного рода, а побочные эффекты и / или осложнения связаны с физиологическими особенностями организма Заказчика, а используемые технологии оказания медицинских услуг не позволили избежать их наступление;

- при возникновении аллергических реакций или непереносимости препаратов и / или материалов, разрешенных к применению, если наличие аллергии или непереносимости не отражено в медицинской карте, заполненной Заказчиком;

- если Заказчик не предоставил достоверную информацию об общем состоянии своего здоровья, травмах или ранее проводимом медицинском вмешательстве / лечении.

6.3. Исполнитель не несет ответственность за несоответствие результата фактически предоставленных Заказчику платных медицинских услуг субъективным ожиданиям и представлениям Заказчика.

6.4. Стороны не несут ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, если такое неисполнение условий договора возникло в силу обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).

В случае невозможности исполнения договора по обстоятельствам непреодолимой силы, Исполнитель не возвращает Заказчику уплаченные денежные средства.

6.5. Заказчик обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Заказчика.

7. Порядок разрешения споров

7.1. Стороны устанавливают претензионный порядок разрешения споров, связанных с исполнением настоящего договора. Срок для рассмотрения претензий и ответа на них - 15 рабочих дней с момента получения.

7.2. При невозможности разрешения спора на стадии претензионного урегулирования, споры по настоящему договору передаются на рассмотрение в суд в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.3. Стороны договорились о проведении независимой экспертизы качества медицинской помощи, для обращения в суд по поводу качества оказанных Исполнителем медицинских услуг.

8. Заключительные положения

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами или их надлежаще уполномоченными представителями и действует до полного исполнения Сторонами обязательств по настоящему Договору.

8.2. До заключения настоящего договора Заказчик уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского персонала Исполнителя, оказывающего соответствующую медицинскую услугу, в том числе назначенного врачом режима лечения / диеты и т.п., могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь невозможность ее / их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика.

8.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу - по одному для каждой из Сторон.

8.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8.5. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

8.5.1. Положение Правил оказания платных медицинских услуг, действующее на момент его заключения;

8.5.2. Приложение № 1 – План оказания медицинских услуг;

8.5.3. Приложение № 2 – Акт об оказании медицинских услуг.

9. Реквизиты и подписи Сторон

«Исполнитель»

ООО «СП «Полосухинский»
Адрес: 654002, Кемеровская обл.-Кузбасс,
г. Новокузнецк, ул. Тульская, 40
ОГРН 1114221000190
ИНН 4221031036 КПП 422101001
Р/с 40702810956060001091
К/с 30101810800000000782
АО «Россельхозбанк»
Кемеровский региональный филиал
БИК 043207782

Эл. почта: san_prof_pol@mail.ru
тел/факс 8 (3843) 99-38-99

Уполномоченное лицо организации, действующее
на основании доверенности № _____ от _____ :

_____/_____
«__» _____ 20__ г.

«Заказчик»

Ф.И.О. пациента _____
Адрес места жительства _____
Адрес для отправки ответов на письменные
обращения: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

Телефон: _____

Собственноручной подписью на договоре
подтверждаю свое добровольное согласие на
оказание мне лечебно-профилактических
медицинских услуг, а также то, что я ознакомлен с
правилами оказания платных медицинских услуг,
меня осведомили о расценках и услугах, входящих
в их стоимость.

ФИО _____

Подпись _____

«__» _____ 20__ г.

**Приложение № 1 к
Договору оказания платных медицинских услуг**

**План
оказания медицинских услуг
к Договору оказания платных медицинских услуг
от « _____ » _____ 20__ г.**

« _____ » _____ 20__ г.

В соответствии с п. 2.1 Договора оказания платных медицинских услуг заключенного между Исполнителем и Заказчиком, Исполнитель обязуется по заданию Заказчика оказать медицинские услуги (далее – «Услуги»), а Заказчик обязуется принять и оплатить эти Услуги:

№ пп	Код	Наименование	Стоимость	Количество	Сумма
1					
2					
3					
Сумма для оплаты по настоящему Договору составляет:					

Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель:

Заказчик:

Уполномоченное лицо организации, действующее
на основании доверенности № _____ от _____

Подпись _____ / _____

_____ / _____

« ____ » _____ 20__ г.

М.П.

АКТ
ОБ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
к Договору оказания платных медицинских услуг
от «___» _____ 20__ г.

«___» _____ 20__ г.

В соответствии с п. 2.1 Договора оказания платных медицинских услуг заключенного между Исполнителем и Заказчиком, Исполнитель по заданию Заказчика оказала Услуги, а Заказчик принял и оплатил Услуги:

№ пп	Код	Наименование	Стоимость	Количество	Сумма
1					
2					
3					
Сумма, оплаченная по настоящему Договору:					

Вышеперечисленные Услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания Услуг не имеет.

Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель:

Заказчик:

Уполномоченное лицо организации, действующее
на основании доверенности № _____ от _____

Подпись _____ / _____

_____ / _____

«__» _____ 20__ г.

СОГЛАСИЕ

пациента на обработку персональных данных

Я _____,

(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: _____,

(место регистрации)

паспорт _____, выдан _____,

(серия и номер) (дата выдачи, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку

_____ ООО «СП «Полосухинский», г. Новокузнецк, ул. Тульская, д. 40 _____

(название и адрес медицинского учреждения)

(далее - Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью (в т.ч. в медико-профилактических целях и / или в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг); сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление и передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

В процессе оказания мне Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

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

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

2. Обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Настоящее согласие дано мною лично « ____ » _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления (в т.ч. в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных), которое может быть направлено мною в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под роспись уполномоченному представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате медицинских услуг, оказанных мне до момента получения Оператором указанного заявления.

_____ « ____ » _____ 20__ г.

(подпись, Ф.И.О.) (дата)

Контактный телефон Пациента: _____

Уполномоченное лицо организации, действующее

на основании доверенности № _____ от _____ :

ФИО _____ Подпись _____

« ____ » _____ 20__ г.

Информированное добровольное согласие (или отказ)

на оказание медицинских услуг

Я, _____, получил подробное разъяснение по поводу диагноза, особенностей течения моего заболевания, вероятной длительности лечения и по прогнозу (вероятность успешного исхода и исхода при отказе от лечения).

Мне даны полные разъяснения по плану обследования и лечения (разъяснены возможные варианты медицинского вмешательства, связанные с ними риски и их последствия). Я извещен о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых непропитанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п.).

Я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я получил информацию об альтернативных методах лечения и имел возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся заболевания и лечения, получил на них удовлетворительные ответы.

С предложенным планом обследования и лечения согласен.

От предложенного плана обследования и лечения отказался.

(ненужное зачеркнуть)

« ____ » _____ 20 ____ г.
