**УВЕДОМЛЕНИЕ**

В соответствии с п.24 Постановления Правительства РФ №736 от 11.05.2023г ООО «АСОКМАМЕД» до заключения договора об оказании платных медицинских услуг настоящим уведомляет 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 пациента.

Пациент✓\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Исполнитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

гор. Самара

ООО «АСОКМАМЕД», в лице директора Анайкина Святослава Олеговича (ИНН 6316186144; КПП 631601001; ОГРН 1136316004736), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", действующий на основании устава и лицензии № 041-01184-63/00298718 от 08.05.2015, с одной стороны, и, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, проживающий(ая) по адресу: , **паспорт: \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_**, выдан:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик»

в своих интересах / в интересах (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, проживающего(ей) по адресу: , паспорт: \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_, выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являющегося Пациентом с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

Предмет договора:

* 1. В соответствии с настоящим Договором и на предусмотренных им условиях, Исполнитель обязуется оказывать Пациенту платные медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности: 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: общей врачебной практике (семейной медицине), 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, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, ультразвуковой диагностике, фтизиатрии, функциональной диагностике, хирургии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, 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 инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством согласно прейскуранту цен на медицинские услуги (далее – Прейскурант), в объеме указываемом в дополнительных соглашениях к настоящему Договору – Информированном добровольном согласии согласованном Сторонами (подписью Заказчика), являющемся неотъемлемой частью медицинской карты Пациента, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги.
	2. Информация о режиме работы Исполнителя, перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Клиники, в соответствии с лицензией, перечень Услуг с указанием цен в рублях, сроки ожидания предоставления Услуг, сведения о уровне профессионального образования и квалификации Исполнителя, график работы, образцы договоров размещаются на сайте Исполнителя в сети «Интернет» по адресу https://asokmamed.ru (далее – «Сайт»), а также на информационном стенде в помещении Исполнителя.

1.3. Сроки ожидания Услуг определяются, исходя из свободного времени в графике приема. Пациент вправе записаться на ближайший свободный день и время работы Исполнителя. Дату и время повторного приема Стороны вправе определить на текущем приеме, что указывается в медицинской карте в виде записи о назначении следующего визита Пациента.

1.4. При предоставлении Услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации и учитываться стандарты медицинской помощи, с которыми Пациент может ознакомиться на «Официальном интернет-портале правовой информации» (www.pravo.gov.ru) и официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации (https://cr.minzdrav.gov.ru/).

1. **Права и обязанности сторон**
	1. Заказчик обязуется:
		1. Своевременно оплатить медицинские услуги согласно Прейскуранта;
		2. Соблюдать и/или обеспечить соблюдение Пациентом графика приема;
		3. Дать согласие на обработку персональных данных своих/персональных данных Пациента;
		4. Дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство Пациента;
		5. При прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия Пациента;
		6. Уведомлять Исполнителя об употреблении любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т. д.;
		7. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента и транспортировки Пациента в специализированное медицинское учреждение, самостоятельно оплатить услуги данного медицинского учреждения;
		8. До оказания медицинской услуги сообщать исполнителю информацию о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях пациента;
		9. Соблюдать меры предосторожности при контактах с другими лицами, а так же медицинскими работниками, в случае, если «Пациент» знает о наличии у него заболевания, представляющего опасность для окружающих.
		10. Выполнять все требования и/или обеспечить выполнение Пациентом всех требований и рекомендаций по лечению Пациента, соблюдать все предписания, указания Исполнителя на период оказания медицинской услуги.
		11. Передавать Исполнителю информацию о состоянии здоровья Пациента, о жалобах, перенесенных заболеваниях, обращениях за медицинской помощью.
		12. Соблюдать режим лечения и правила поведения /внутреннего распорядка на территории медицинской организации.

2. 2. Заказчик/Пациент имеет право:

1. Получать квалифицированные медицинские услуги (медицинскую помощь);
2. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.;
3. Получить полную выписку из амбулаторной карты, выписку последнего приема или иные медицинские документы на основании письменного заявления в 5-ти дневный срок с даты получения заявления Исполнителем. Документы предоставляются бесплатно.
4. В любой момент отказаться от оказания медицинской помощи с оплатой фактически оказанных услуг;
5. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.
6. Пациент уведомлен о том, что может потребоваться дополнительное медицинское вмешательство для обеспечения безопасности и надлежащего качества намеченных медицинских услуг. Перечень дополнительных услуг согласовывается с Пациентом и указывается в Приложении №3
7. Исполнитель имеет право:
8. Определять длительность лечения, объем медицинских услуг, необходимость перевода в отделения другого профиля в соответствии с состоянием здоровья Пациента;
9. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе осуществить направление и транспортировку в специализированное медицинское учреждение по выбору пациента за счет пациента.
10. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей по согласованию с Заказчиком/Пациентом;

выдавать обязательные для выполнения рекомендации лечащего врача о прохождении дополнительного обследования или о получении консультации (медицинской услуги) у другого специалиста или в другой медицинской организации, если без этого дальнейшее оказание Услуги (или начало оказания Услуги) невозможно, затруднительно, либо не достигнет цели (направленности) оказания Услуги.

1. Переносить сроки оказания медицинских услуг:
* в связи с изменениями в состоянии здоровья больного (острые инфекционные заболевания, повышение температуры и др.);
* при отсутствии врача по уважительным причинам (по состоянию здоровья, в случаях командировок, повышения квалификации и т.п.);
* по техническим причинам, препятствующим проведению лечения;
* опоздания на прием к врачу более чем на 15 минут или явку не в назначенное время;

2.3.5 Исполнитель вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с пациентом, если Исполнитель уведомил пациента об обстоятельствах, зависящих от него и способных снизить качество медицинской услуги, но пациент эти обстоятельства не устранил, а именно:

• при неисполнении (ненадлежащем исполнении) Заказчиком (Пациентом) своих обязательств, предусмотренных настоящим Договором;

• в случае настаивания Заказчика на лечении с неприемлемым отступлением от медицинских показаний;

• в случае невыполнения Заказчиком рекомендации лечащего врача о прохождении дополнительного обследования или о получении консультации (медицинской услуги) у другого специалиста, или в другой медицинской организации, если без этого дальнейшее оказание Услуги (или начало оказания Услуги) невозможно, затруднительно, либо не достигнет цели (направленности) оказания Услуги,

• в случае явки Заказчика (Пациента) на прием в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, с признаками инфекционного или вирусного заболевания,

• в случае неоднократного (более двух раз) проявления неуважительного отношения Заказчика (Пациента) к другим пациентам и/или медицинскому персоналу (удостоверяется докладной запиской медработника Клиники и Актом, составленным в присутствии трех человек), совершения противоправных действий на территории Клиники (удостоверяется фактом вызова сотрудников правоохранительных органов),

• в случае выявления у Пациента аллергической реакции, противопоказания или заболевания, исключающих безопасное оказание Услуг, при этом Исполнитель возвращает Заказчику стоимость оплаченных Услуг за вычетом стоимости уже оказанных Услуг, а Заказчик возмещает Исполнителю стоимость уже оказанных Услуг в случае отсутствия предварительной оплаты в необходимом объеме.

2. 4. Исполнитель обязуется:

1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.
2. Соблюдать врачебную тайну.
3. Предоставить выписку из амбулаторной карты пациента на основании письменного заявления пациента в 5-ти дневный срок с даты заявления.
4. Информировать Заказчика/Пациента о возможных осложнениях при оказании медицинских услуг.
5. В случае необходимости оказать Пациенту дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении или приложении к договору.
6. Стоимость услуг и порядок расчётов
	1. Услуги оплачиваются Пациентом/Заказчиком в день их оказания согласно действующему прайсу. С согласия Пациента/Заказчика может быть внесена 100 % предоплата за медицинские услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, в том числе с использованием пластиковых банковских карт, или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо любым другим способом не запрещенным действующим законодательством.
	2. Пациент/Заказчик обязан оплатить оказанную услугу согласно действующего Прейскуранта после окончательной сдачи услуги Исполнителем. С согласия Заказчика услуга может быть оплачена им при заключении Договора полностью или путем выдачи аванса. Оплата услуг осуществляется путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя, или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо любым другим способом не запрещенным действующим законодательством Российской Федерации.

**4. Сроки оказания Услуг**

4.1. Сроки оказания Услуг определяются датой и временем обращения Пациента к Исполнителю. В случае длительного лечения, предполагающего этапность и составление медицинского плана, ориентировочные сроки фиксируются в соответствующем дополнительном соглашении к настоящему Договору.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за просрочку оказания Услуг по Договору в случае невыполнения Заказчиком (Пациентом) обязательств, предусмотренных настоящим Договором, если это прямо, либо косвенно повлияло на сроки оказания Услуг, а также в случае неявки Пациента в назначенное время.

При этом, в случае опоздания на приём к врачу более чем на 15 минут, стоимость услуги не подлежит перерасчету, либо, в зависимости от рекомендации выбранного/лечащего врача: прием может быть отменен и Пациент может быть записан на другое время или дату по согласованию с Заказчиком.

4.3. Сроки оказания Услуг могут быть увеличены или уменьшены клиникой в одностороннем порядке, если в процессе выполнения Услуг появятся не зависящие от Исполнителя обстоятельства, влияющие на увеличение или уменьшение срока.

1. Ответственность Сторон
	1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.
	2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора.

Настоящим Заказчик (Пациент) предупрежден о том, что невыполнение (ненадлежащее выполнение) обязанностей, перечисленных в настоящем Договоре может негативно отразиться на ходе и результатах оказания Услуг, и может повлечь со стороны Исполнителя отказ в оказании (или в продолжении оказания) Услуги, а также исключает ответственность Исполнителя за несоблюдение сроков оказания Услуг, если это прямо либо косвенно повлияло на сроки оказания Услуг.

2.5. Выполнение обязанностей несовершеннолетним или недееспособным Пациентом обеспечивается Заказчиком.

1. Конфиденциальность

5.1 Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны.

1. Срок действия договора
	1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами всех его обязательств.
	2. С момента вступления в силу настоящего договора все предыдущие договора, заключенные между Пациентом и Исполнителем утрачивают свою юридическую силу.
	3. Настоящий договор заключен на неопределенный срок.
	4. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.
	5. Заказчик имеет право в любое время расторгнуть настоящий договор, оплатив Исполнителю фактически понесенные расходы.
	6. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.
2. Дополнительные условия
	1. Заказчик/Пациент уведомлен о порядке получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования. Пациент согласен получить медицинскую помощь (медицинские услуги) согласно настоящего договора на платной основе;
	2. Согласие Заказчика/Пациента на проведение медицинской услуги и факт её получения одновременно означает и согласие Заказчика на оплату этой услуги;

7.3.Заказчик/Пациент согласен получать новости по работе, по акциям Исполнителя по телефону (смс), электронной почте и другими возможными способами.

1. Все остальное, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством Российской Федерации.
2. Заказчик/Пациент подтверждает, что фамилия, имя, отчество, адрес Заказчика/Пациента, указаны в договоре со слов Заказчика/Пациента, без предъявления документа удостоверяющего личность.
3. Заказчик/Пациент уведомлен о возможных последствиях не предъявления документа удостоверяющего личность: отказ в предоставлении имущественного вычета, признание настоящего договора недействительным
4. Помещения ООО «АСОКМАМЕД» оборудованы видеокамерами с целью предупреждения возникновения и оперативной ликвидации чрезвычайных ситуаций, контроля за безопасностью производства работ. Подписывав настоящий договор, выражаю свое согласие на осуществление видеонаблюдения для обеспечения моей личной безопасности.
5. Рассмотрение споров
	1. При наличии претензии к проведенным обследованиям, консультациям специалистов, лечению и пр. (по мнению Заказчика/Пациента) Заказчик/Пациент обязан в тот же день информировать о данном факте лечащего врача или руководителя Исполнителя. Все споры по договору стороны стараются урегулировать путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, иски по защите прав потребителей могут быть предъявлены по выбору истца в суд по месту: нахождения организации; жительства или прибывания истца; заключения или исполнения договора.

Реквизиты сторон:

**9.**

Исполнитель ООО «АСОКМАМЕД»

 443068, САМАРСКАЯ ОБЛАСТЬ, САМАРА, Г. САМАРА, УЛ. НОВО-САДОВАЯ, Д. 139, ЭТАЖ 2, КОМНАТА 2

ИНН 6316186144; КПП 631601001; ОГРН 1136316004736

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Заказчик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Серия: \_\_\_\_\_\_\_\_ номер:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Эл/почта:

Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО, подпись Заказчика собственноручно)*

**Пациент-несовершеннолетнее лицо, достигшее 15 лет:**

✓

*(ФИО, подпись Пациента собственноручно)*

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ №152 от

27.07.06г. «О персональных данных» подтверждаю своё согласие на бессрочную обработку в ООО «АСОКМАМЕД»(далее Оператор) моих персональных данных и данных Пациента (фамилию, имя, отчество, дату рождения,

адрес, телефон, паспортные данные, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, данные результатов лабораторных исследований, биометрические данные) в случаях обнаружения и, или подозрения на обнаружение социально-значимых болезней (сифилис, ВИЧ и т.д.) в целях выявления, диагностики, лечения и последующего наблюдения, а также проведения профилактических мероприятий по предупреждению данных заболеваний специализированными учреждениями, оказания медицинских услуг, а такжеисполнения обязательств, предусмотренных договорами об оказании платных медицинских услуг, в том числе информирование о предстоящих визитах, услугах клиники, проводимых акциях . 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).Оператор имеет право на обмен моими персональными данными со следующими организациями: страховыми медицинскими организациями, Территориальным фондом ОМС, Федеральной государственной информационной системой в сфере здравоохранения **(ЕГИСЗ)**, ООО «Информационно-медицинский центр», Областной медицинский информационно-аналитический центр, правоохранительные органы, Областной кожно-венерологический диспансер, ЛПУ по месту прописки, организацией, заказавшей мои медицинские услуги. Заказчик/Пациент ознакомлен с тем, что в целях контроля качества оказания услуг и обеспечения безопасности в медицинском офисе может проводится открытая видеосъемка и/или аудиозапись путем установления видеокамер в публичных помещениях, а также в месте осуществления взятия биоматериала (за исключением кабинетов гинекологии, урологии и УЗИ) в соответствии с действующим законодательством.

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_

✓\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в
Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для
получения первичной медико-санитарной помощи.**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения

(Ф.И.О. гражданина)

, зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определённых 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 РФ от 23.04.2012г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ от 05.05.2012г. №24082) (далее-Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем, которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

Медицинским работником

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст.20 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (собрание законодательства РФ, 2011, №48, ст.6724, 2012, №26, ст.3443, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.5 ст.19 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Перечень медицинских вмешательств, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012г. №390н: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.
 | 1. Функциональные методы! обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэонцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
2. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и ренгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
3. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно и внутрикожно.
4. Медицинский массаж
5. Лечебная физкультура.
 |

Дополнительное соглашение к договору от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие**

**на отдельные виды медицинских вмешательств необходимых по стандартам медицинской помощи и с учётом клинических рекомендаций**

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)*

Медицинским работником в доступной для меня форме, проинформирован (-на) о состоянии своего здоровья (представляемого):

- о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях, и прогнозе заболевания (состояния) ✓\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- о результатах лечения и обследований, проведенных до настоящего момента;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- о объёме дальнейшего обследования и лечения, необходимости и целесообразности применения тех или иных лекарственных средств в соответствии со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями при заболевании (состоянии) и рекомендуемым Планом обследования и лечения, описанном в медицинской карте.

- об альтернативных вариантах медицинского вмешательства, видах и методах обследования и лечения;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- о целях, характере предстоящего медицинского вмешательства, рисках и последствиях, неблагоприятных эффектах, форме, болезненности и длительности, о наличии показаний (противопоказаний) к проведению медицинских вмешательств и услуг указанных в Перечне согласованном сторонами; о том, что предстоит мне (представляемому) делать при подготовке к медицинским вмешательствам и/или во время и после их проведения; о лечебно-охранительном режиме до, во время и после лечения; об этапах и сроках обследования и лечения, о возникновении дополнительных вмешательств на том или ином этапе лечения; о действии применяемых лекарственных препаратов и возможных осложнениях при их применении; об ожидаемых результатах обследования и лечения.

Я предупрежден (-на) о возможных отрицательных последствиях и неблагоприятных исходах, а также невозможности достичь запланированный результат обследования и лечения в прогнозируемый срок, в случаях: отказа от обследования и лечения в объёме, предусмотренном стандартами медицинской помощи с учётом клинических рекомендаций; выполнения указаний пациента (представителя) о способе исполнения работ (выбор методик, времени и места получения услуг) без показаний (без врачебных рекомендаций) или по рекомендации врачей сторонних медицинских организаций и без осмотра и назначения врачами Клиники; невыполнения рекомендаций медицинских работников, в т.ч. по соблюдению лечебно-охранительного режима и режима приема лекарственных препаратов.

 Я проинформирован (-на) о том, что мне (представляемому) необходимо соблюдать рекомендации лечащего врача, назначенный лечебно-охранительный режим, в т.ч., принимать назначенные мне лекарственных препаратов в соответствии с предписанием врача; проходить медицинского обследование для контроля состояния моего здоровья до и после вмешательства в соответствии с назначением лечащего врача; в случае ухудшения состояния незамедлительно обращаться в врачу.

Я понимаю необходимость проведения вышеуказанного медицинского вмешательства и предупрежден (-а) о возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью при выполнении медицинского вмешательства и/или при приёме (введении) лекарственных препаратов, о побочных действиях и осложнениях; о последствиях и связанных с ними рисками, независящими от соблюдения применяемой технологии медицинского вмешательства, в т.ч. обусловленных несовершенством медицинских технологий и биологическими особенностями организма, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

*(последствия, побочный, неблагоприятный эффект, вид осложнений)*

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что имел (-ла) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне медицинское вмешательство, что мне понятны используемые термины, суть моего заболевания (состояния), риски и опасности, связанные с течением заболевания (состояния), его обследованием и лечением,

Я проинформирован об обязанности врача оказывать медицинскую помощь на основе стандартов медицинской помощи и с учётом, клинических рекомендаций, изъявляю желание и **ДОБРОВОЛЬНО ДАЮ СОГЛАСИЕ** на проведение мне (представляемому) отдельных консультаций и/или медицинских вмешательств, из перечня необходимых для обследования и лечения по стандартом медицинской помощи и с учётом клинических рекомендаций.

В случае возникновения необходимости в проведении дополнительных медицинских вмешательств при развитии осложнений или вновь открывшихся медицинских обстоятельствах

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

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

*(последствия, побочный, неблагоприятный эффект, вид осложнений)*

добровольно даю Согласие на проведение мне (представляемому).

 Мне разъяснено, что в случаях, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве, о его виде и тактике проведения, в т.ч. дополнительном вмешательстве, в интересах пациента (интересах представляемого) решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации и законных представителей.

Против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны: возражаю/не возражаю (не нужное зачеркнуть).

 Мне разъяснены состояние моего (пациента) здоровья и характер медицинского вмешательства. Я соглашаюсь на следующий план лечения:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Услуга** | **Мед.работник/подпись** | **Коли-чество** | **Сроки** | **Стоимость** | **Подпись****пациента** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **ИТОГО:** |  |  |
|  | **ОБЩАЯ СТОИМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ:** |  |  |

ДИРЕКТОР ООО «АСОКМАМЕД» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. № 834н Медицинская документация

|  |
| --- |
| Учетная форма № 025/у |
| Утверждена приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н |

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ**

|  |  |
| --- | --- |
| **В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ №** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Дата заполнения медицинской карты: число |  | месяц |  | год |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Фамилия, имя, отчество** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Пол: муж. - 1, жен. - 2** | **4. Дата рождения: число** |  | **месяц** |  | **год** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Место регистрации: субъект Российской Федерации** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **район** |  | **город** |  | **населенный пункт** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **улица** |  | **дом** |  | **квартира** |  | **тел.** |  |

**24. Записи врачей-специалистов:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата осмотра** |  | **на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее.** |

**Врач (специальность)**

**Жалобы пациента**

**Анамнез заболевания, жизни**

**Объективные данные**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Диагноз основного заболевания:** |  | **код по МКБ-10** |  |

**Осложнения:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Сопутствующие заболевания** |  | **код по МКБ-10** |  |
|  | **код по МКБ-10** |  |
|  | **код по МКБ-10** |  |

**Внешняя причина при травмах (отравлениях)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **код по МКБ-10** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Группа здоровья** |  | **Диспансерное наблюдение** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Назначения (исследования, консультации)** | **Лекарственные препараты, физиотерапия** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**25. Медицинское наблюдение в динамике:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Жалобы** |  |
| **Данные наблюдения в динамике** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Назначения (исследования, консультации)** | **Лекарственные препараты, физиотерапия** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Листок нетрудоспособности, справка** | **Льготные рецепты** |
|  |  |
|  | **Врач** |
| Дата |  |