

ООО «ДМЦ УльтраМед»  
УВЕДОМЛЕНИЕ

**В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012г. № 1006 « Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»**

1. До заключения договора, я \_\_\_\_\_ уведомлен (а) о том, что несоблюдение мною указаний (рекомендаций) 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 моего здоровья, а также о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в учреждениях, обслуживающих по ОМС.
2. Я, внимательно ознакомился (ась) с данным уведомлением и принимаю решение заключить Договор на оказание платных медицинских услуг с данной медицинской организацией.

Подпись потребителя (Заказчика) \_\_\_\_\_ /

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**на оказание платных медицинских услуг**

Нижегородская обл., г. Дзержинск « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
**ООО «ДМЦ УльтраМед»**, государственная лицензия на медицинскую деятельность № ЛО-52-01-004775 от 02.04.2015 г., выданная Министерством здравоохранения Нижегородской области (адрес: 603082, г. Н.Новгород, ул. Нестерова, д.7, тел.: 8(831) 435-31-20), на осуществление медицинской деятельности, копия которой является приложением №№ 1, 1 стр.2, 3 к данному договору, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора \_\_\_\_\_ действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_ с одной стороны и \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. Пациента) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.Заказчика) Именуемый (ая) в дальнейшем - «Пациент» и/или «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

- 1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказывать на возмездной основе необходимую медицинскую помощь (медицинские услуги, в том числе профилактические, лечебно-диагностические, реабилитационные и др.), отвечающую требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ Пациенту, а Заказчик принимает на себя обязательство оплатить оказанные медицинские услуги (медицинскую помощь) в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором. Оказанные Исполнителем медицинские услуги указываются в Акте выполненных работ (или в копии квитанции), которые является неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 1.2. Медицинские услуги предоставляются Пациенту при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.
- 1.3. Все медицинские термины и понятия, используемые в настоящем договоре, а также в информированном добровольном согласии, на момент подписания договора объяснены в доступной форме специалистами Исполнителя при проведении первичной консультации, и понятны Пациенту.

**2. ПРАВА ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**2.1. Обязанности Исполнителя:**

- 2.1.1. По согласованию с Пациентом назначить в рамках каждой медицинской специальности (за помощью, в области которой Пациент обратится) врача соответствующей квалификации для проведения обследования и лечения.
- 2.1.2. Исполнитель имеет право в одностороннем порядке заменить лечащего врача (если состояние пациента не будет угрожать жизни пациента и здоровью окружающих), подтверждением согласия на замену лечащего врача является факт получения Пациентом медицинских услуг у другого врача соответствующей квалификации.
- 2.1.3. В случае отпуска, болезни лечащего врача либо иных объективных причин, направить Пациента на прием к другому врачу Исполнителя соответствующей квалификации, либо заменить лечащего врача на оставшийся период действия договора до завершения оказания медицинских услуг в полном объеме.
- 2.1.4. Осуществлять обследования и лечение в согласованное с Пациентом время при условии присутствия Пациента. Исполнитель имеет право изменить согласованное с Пациентом время, если оказание медицинской помощи требует дополнительного медицинского вмешательства.
- 2.1.5. Использовать методы диагностики, профилактики и лечения, разрешенные на территории РФ, с соблюдением предъявляемых к ним требований.
- 2.1.6. Предоставлять Пациенту в доступной для него форме информацию о состоянии своего здоровья, о результатах его обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения положительного результата лечения.
- 2.1.7. Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту (законному представителю) лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении.
- 2.1.8. Обеспечить Пациента бесплатной, достоверной и доступной информацией, включающей себя сведения о месте нахождения Исполнителя, режиме работы, перечне медицинских услуг с указанием их стоимости, условия предоставления и получения этих услуг.

**2.2. Права Исполнителя:**

- 2.2.1. Самостоятельно определять график консультаций и процедур, график работы специалистов. Внесение изменений в график работы специалистов не является ненадлежащим исполнением условий заключенного сторонами Договора.
- 2.2.2. Отказать в приеме или в оказании иных медицинских услуг и не несет за это ответственности в случае, если:
  - Пациент имеет задолженность перед Исполнителем за оказанные услуги, (за исключением случаев оказания неотложной медицинской помощи);
  - Пациент находится в состоянии алкогольного, наркотического опьянения, а также находится в состоянии повышенной возбудимости и/или своими действиями угрожает нарушить общественное спокойствие персонала Исполнителя или других пациентов;
  - Пациент настаивает на проведении нецелесообразного по медицинским показаниям лечения или исследования;
  - В случае, если лечащий врач считает, что достижение положительного результата при применении того или иного способа лечения невозможно или маловероятно;
  - На любом этапе лечения имеется невозможность оказания услуг/качественного оказания услуг, возникшая по вине Пациента, в частности, при неисполнении Пациентом своих обязанностей, предусмотренных настоящим Договором;
  - Отсутствует возможность оказания услуг Пациенту вследствие наступления обстоятельств, независимых от Исполнителя, в том числе имеющих чрезвычайный характер (внезапная болезнь врача, отключение электроэнергии, выход из строя оборудования и пр.);
- 2.2.3. Исполнитель не несет ответственности за последствия, которые могут возникнуть в случае предоставления Пациентом неполной или недостоверной информации, перечисленной в разделе 2.3 настоящего Договора.
- 2.2.4. В случае опоздания Пациента в назначенное время на прием к врачу более, чем на 10 минут, Исполнитель вправе осуществлять приём следующих Пациентов. В этом случае прием Пациента будет произведен в этот день только при наличии у Исполнителя такой возможности и в то время, которое сможет выделить для этого специалист Исполнителя.
- 2.2.5. Исполнитель вправе осуществлять фото и/или видеосъемку Пациента в лечебных и диагностических целях без права распространения полученных фото и/или видеоматериалов вне Клиники Исполнителя. Однако, если оплата услуг, оказанных Пациенту, осуществляется по программам добровольного медицинского страхования (далее - ДМС), Исполнитель вправе предоставлять в страховую компанию такие фото и видео материалы в качестве доказательства факта оказания медицинской услуги Пациенту.
- 2.2.6. В одностороннем порядке изменять Преискурант. Новый Преискурант считается действующим со дня его утверждения Исполнителем.
- 2.2.7. При нарушении своих обязанностей Пациентом Исполнитель имеет право расторгнуть договор.

**2.3. Обязанности Пациента:**

- 2.3.1. Предоставлять полную информацию о состоянии своего здоровья: о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечениях, об аллергических реакциях, индивидуальных реакциях на лекарственные препараты; о фактах переливания крови и ее компонентов; об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.
- 2.3.2. В случае если Пациент ранее лечился в других лечебных учреждениях, представить Исполнителю медицинские документы, необходимые для эффективного лечения.
- 2.3.3. Немедленно извещать лечащего врача, при очередном посещении, обо всех изменениях в приеме медикаментов. При появлении боли, дискомфорта и других жалоб в периоды между этапами лечения, немедленно извещать лечащего врача или дежурного администратора, либо посетить клинику Исполнителя для решения вопроса оказания медицинской помощи.
- 2.3.4. Пациент подтверждает своей личной подписью:
  - информированное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства, обработку персональных данных, квитанцию об оплате оказанных услуг.
- 2.3.5. Ознакомиться с документацией Исполнителя, (Положением о порядке и условиях оказания платных медицинских услуг, Положением о скидках, Преискурантом цен на услуги и иными информативными документами, которые расположены в доступной для Пациента месте).
- 2.3.6. Предъявлять документ, удостоверяющий личность, при каждом обращении за медицинской помощью к Исполнителю. Обслуживание Пациентов, оплата за услуги которым предполагается в рамках договора ДМС, осуществляется только при предъявлении паспорта и страхового полиса при каждом обращении к Исполнителю
- 2.3.7. Нести ответственность за недостоверность предоставляемой информации, а также за результат услуг, предоставленных по его настоянию, и их последствия.
- 2.3.8. Строго выполнять все предписания и рекомендации лечащего врача и медицинского персонала.
- 2.3.9. Оплатить оказанные медицинские услуги по расценкам преискуранта Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.
- 2.3.10. При любых изменениях в состоянии своего здоровья после назначения лечения немедленно извещать лечащего врача или дежурного администратора, либо посетить клинику Исполнителя для решения вопроса об оказании медицинской помощи.
- 2.3.11. В случае невозможности явки на лечение или контрольный осмотр в назначенное лечащим врачом время предупредить об этом Исполнителя не менее чем за сутки.
- 2.3.12. До назначения лечения сообщать врачу о тех видах лечения, которые не соответствуют его религиозным взглядам и убеждениям.
- 2.3.13. В случае изменения телефонного номера, адреса электронной почты и / или адреса места жительства, указанных в реквизитах настоящего Договора, в течение 7 дней, с момента соответствующего изменения, сообщить новые данные по телефону администратору Исполнителя.
- 2.3.14. Бережно относиться к имуществу исполнителя во время оказания медицинской услуги и пребывания в клинике, а также к имуществу, предоставленному ему во временное пользование.

**2.4. Права Пациента:**

- 2.4.1. Выбрать лечащего врача, с учетом согласия врача, и с учетом возможностей и ресурсов Исполнителя относительно назначения лечащего врача.
- 2.4.2. Получать бесплатную и достоверную информацию об условиях предоставления платных услуг. Выбрать день и время явки приема, в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала Исполнителя другими Пациентами.
- 2.4.3. Ознакомиться с действующим преискурантом цен на услуги Исполнителя.
- 2.4.4. Получать от Исполнителя сведения о факте внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, наличии Лицензии, о медицинских работниках, участвующих в оказании медицинских услуг, графике работы Исполнителя. По требованию получать копию учредительного документа, Лицензии.
- 2.4.5. Пациент вправе в любое время отказаться от лечения и расторгнуть договор при условии полной оплаты фактически оказанных услуг. В этом случае Пациент не вправе предъявлять Исполнителю претензии по качеству незавершенного лечения.

**3. ЦЕНА УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

- 3.1. Цена услуг определяется согласно действующему Преискуранту Исполнителя на момент оказания услуги, с которым Пациент/Заказчик обязан ознакомиться перед началом лечения (консультации, исследования).
- 3.2. Оплата услуг производится путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо безналичным путем с использованием банковской карты. Исполнитель имеет право запросить у Пациента предъявление паспорта или иного документа, удостоверяющего его личность, при оплате им медицинских услуг с использованием банковской карты. По согласованию с Исполнителем, оплата может производиться безналичным путем с расчетного счета юридического лица.
- 3.3. По согласованию с Исполнителем Пациент обязуется оплатить услуги Исполнителя в порядке предоплаты или же постоплаты. Фактом оплаты оказанной услуги является за наличный расчет: квитанция; безналичным путем с использованием банковской карты: квитанция и кассовый чек.
- 3.4. В случае оказания услуг по программам ДМС Пациент оплачивает фактически оказанные медицинские услуги, не входящие в предусмотренную программу ДМС, самостоятельно в соответствии с условиями настоящего договора. В случае, если услуги, оказанные Пациенту, не будут оплачены его страховой компанией полностью или частично в течение 60 календарных дней с момента направления соответствующего счета в страховую компанию, Платательщик обязан осуществить оплату оказанных услуг Исполнителю в течение 7 рабочих дней с момента получения соответствующего требования.
- 3.5. Пациент вправе получить скидки на услуги Исполнителя, в порядке и на условиях, установленных действующим на момент оказания услуги Положением о скидках, а также в рамках дополнительного проводимых

#### 4. ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА

- 4.1. Информация о состоянии здоровья Пациента предоставляется непосредственно ему. Исполнитель гарантирует неразглашение о Пациенте сведений, составляющих врачебную тайну (информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении). С согласия Пациента допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, указанным в п.4.2. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента допускается в случаях, установленных действующим законодательством и настоящим договором.
- 4.2. Пациент разрешает Исполнителю предоставлять сведения в отношении Пациента о факте его обращения за медицинской помощью, о состоянии его здоровья, диагнозе заболевания и иных сведений, полученных при обследовании и лечении лицам, указанным в п. 8 настоящего Договора.
- 4.3. Исполнитель вправе передавать информацию о Пациенте, составляющую врачебную тайну, а также содержащую его персональные данные всем организациям Исполнителя участвующим в оказании услуг.
- 4.4. Исполнитель вправе передавать информацию о Пациенте, составляющую врачебную тайну, а также содержащую его персональные данные в страховую компанию, осуществляющую оплату за Пациента по программам ДМС, в целях доказательства оказания услуг Пациенту
- 4.5. Исполнитель вправе передавать информацию о Пациенте, составляющую врачебную тайну, а также содержащую его персональные данные, юридическому лицу, осуществляющему оплату за Пациента, в целях доказательства оказания услуг Пациенту.

#### 5. КАЧЕСТВО

- 5.1. Исполнитель гарантирует Пациенту качественное оказание услуг.
- 5.2. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, лечения, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.
- 5.3. Исполнитель предупреждает, что достижение положительного результата предоставляемых услуг в силу их специфики не всегда представляется возможным. Вероятность достижения положительного результата снижается в случаях (в указанных случаях Исполнитель за последствия ответственности не несет):
- 5.3.1. Если не достижение положительного результата или наступление отрицательных последствий явилось причиной нарушения Пациентом обязательств по настоящему Договору (невяка или несвоевременная явка Пациента на прием к лечащему врачу, либо невыполнение Пациентом в назначенные врачом сроки необходимых обследований, либо специальных видов лечения, без которых дальнейшее продолжение лечения невозможно, либо небезопасно и др.);
- 5.3.2. Если план лечения не выполнен по причине несоблюдения Пациентом предписаний лечащего врача или его отказа продолжить лечение; возникновения не отмечавшейся ранее аллергии или непереносимости препаратов и/или материалов, разрешенных к применению в Российской Федерации;
- 5.3.3. Проведения части лечения или обследования в другом лечебном учреждении.
- 5.3.4. Нарушение Пациентом сроков лечения и плана лечения фиксируются Исполнителем в одностороннем порядке путем соответствующих записей в медицинской карте.

#### 6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

- 6.1. Пациент проинформирован о том, что в целях охранной безопасности в Клинике Исполнителя ведется видеонаблюдение, и Пациент/Заказчик не возражает против этого.
- 6.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует сроком на один год. Настоящий договор автоматически пролонгируется, если стороны не заявили об обратном.
- 6.3. Договор составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу. В случае если Пациент и Заказчик не являются одним лицом, Договор составляется в трех экземплярах, по одному для каждой из Сторон.
- 6.4. Предоставление медицинских документов (к примеру, выписки из медицинской карты, копии медицинской карты), в случае обращения к ним за медицинской помощью.
- 6.5. При возможности напоминать Пациенту о предстоящем приеме путем телефонного звонка, смс-сообщения на номера, указанные в настоящем Договоре.
- 6.6. Исполнитель вправе при наличии возможности (как по устному или письменному обращению Пациента, так и по собственной инициативе) направлять данные медицинских анализов, сообщать их по указанным в настоящем договоре телефонам, адресам электронной почты.
- 6.7. О последствиях такой отправки, в том числе, о возможности доступа к направляемой информации третьих лиц в процессе и/или результате такой пересылки Пациент предупрежден (а), никаких претензий к Исполнителю иметь не будет.
- 6.8. Настоящим пунктом Пациент дает свое согласие на получение СМС – рассылки Исполнителя, с информацией о назначенных приемах, оказываемых Исполнителем услугах, проводимых Исполнителем акций, действующих скидках, а также иную информацию о деятельности Исполнителя на номер Пациента, указанный в настоящем договоре или отдельных заявлениях Пациента. Если Пациент не согласен предоставить Исполнителю такое право, он не указывает в настоящем Договоре данные своей электронной почты и номер своего телефона.

#### 7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 7.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 7.2. В случае возникновения споров по настоящему Договору, стороны будут решать путем переговоров. Претензия по поводу качества оказанных услуг рассматривается Исполнителем в течение 10 календарных дней. При не достижении согласия сторон, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения Исполнителя.
- 7.3. В случае нарушения Пациентом/Заказчиком своих обязанностей, Исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору.
- 7.4. Пациент, в случае повреждения имущества Исполнителя, обязан оплатить стоимость расходов, понесенных Исполнителем при ремонте имущества.
- 7.5. Пациент, в случае утраты имущества Исполнителя, обязан оплатить стоимость утраченного имущества.

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, я подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ДМЦ «УльтраМед» (далее «Оператор») персональных данных лица, представителем которого я являюсь, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья лица, представителем которого я являюсь, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором медицинской помощи лицу, представителем которого я являюсь, я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ООО «ДМЦ «УльтраМед», в интересах обследования и лечения лица, представителем которого я являюсь.

- Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные законодательством, в том числе документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

- Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией ООО «ДМЦ «УльтраМед» и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с обеспечением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

- Срок хранения персональных данных лица, представителем которого я являюсь, соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

- Настоящее согласие дано мной со дня подписания настоящего документа и действует бессрочно.

- Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку 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 оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись пациента/представителя пациента /\_√\_/\_\_\_\_\_ /

#### 8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

##### 8.1. Исполнитель:

##### 8.2. Пациент:

##### 8.3. Заказчик:

ООО «ДМЦ УльтраМед»:  
ИНН: 5249133583  
КПП: 524901001  
ОГРН: 1145249002304, выдан: Межрайонной ИФНС России №2 по Нижегородской обл. 06.05.2014 г.  
р/с: 40702810242000011087 в Волго-Вятский банк Сбербанка России,  
к/с: 30101810900000000603 БИК 042202603  
Юр. Адрес: 606000 Нижегородская обл., г. Дзержинск, пр-т Дзержинского д.6а  
Факт. адрес: 606000 Нижегородская обл., г. Дзержинск, пр-т Дзержинского д.6а  
Тел/факс: 8-831-262-12-19

ФИО \_\_\_\_\_  
Паспорт, серия Номер \_\_\_\_\_  
Кем, когда выдан: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_  
ФИО лиц для предоставления информации о состоянии здоровья: \_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_  
Паспорт, серия Номер \_\_\_\_\_  
Кем, когда выдан: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_

##### 8.4. Подписи сторон:

МП \_\_\_\_\_ /\_√\_/\_\_\_\_\_ (подпись исполнителя) \_\_\_\_\_ (подпись пациента) \_\_\_\_\_ (подпись заказчика)

Подписанием договора подтверждаю свое ознакомление с документацией Клиники (Положением о порядке и условиях оказания платных медицинских услуг, Прейскурантом цен на услуги и иными информативными документами).

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента полностью)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:  
Я, \_\_\_\_\_  
паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, осуществляемых в:

**ООО « ДМЦ УльтраМед »:**

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 слуха и слуховых функций.
  7. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
  8. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
  9. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, кардиотокография (для беременных).
  10. Ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
  11. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
  12. Забор крови. Я *понимаю*, что при заборе крови возможны болевые ощущения во время процедуры - жжения, рези, покалывания, онемения, распирания, другие неприятные ощущения, а также реакции на процедуру в виде временной отечности, образование гематомы, гиперемии, аллергических реакций. *Мне разъяснено*, что проникновение иглы приводит к повреждению эпидермиса, соединительно-тканых волокон, клеток кожи и сосудов. Визуально этот процесс может сопровождаться отеком, покраснением, а также местным повышением температуры.  
Я *предупреждена*, что в случае неполучения результата мне может потребоваться повторный забор крови.
- 1.1. Я **информирован (а)** о диагностических возможностях: эндоскопических исследований, функциональной диагностики, в том числе о том, что при высокой информативности исследования они не позволяют в 100% случаев выявить врожденных пороков и патологию исследуемых органов.
- 1.2. Я **информирован (а)**, о том, что цель проводимого метода лечения, который планируется осуществляться, является наиболее благоприятным результатом лечения, из всех возможных иных методов лечения.
- 1.3. Я **информирован (а)**, об этапах его выполнения и характере лечебных процедур и манипуляций, а также о возможном риске возникновения нежелательных побочных эффектов при их выполнении.
- Я **ознакомлен (а)** и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.
- **Мне разъяснено**, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, 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".
- Я **принимаю решение** приступить к лечению и/или к выполнению медицинских процедур на предложенных условиях.

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. пациента/ законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)  
(дата оформления)