

**УВЕДОМЛЕНИЕ**  
**в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736**

До заключения Договора я, \_\_\_\_\_,

(ФИО, число, месяц, год рождения, адрес регистрации)

представитель несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_

(ФИО ребенка, число, месяц, год рождения)

уведомлен(-а) о том, что несоблюдение мною в отношении ребенка 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 здоровье ребенка.

Уведомлен (-а) о том, что в соответствии со ст. 27 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и п. 20 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, будучи гражданином, находящимся на лечении, я обязан (-а) соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациентов в данной медицинской организации.

Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом и принимаю решение заключить Договор оказания платных медицинских услуг с данной медицинской организацией.

Подпись заказчика (представителя Пациента) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Договор оказания платных медицинских услуг по проведению лабораторных исследований**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

г. Нижний Новгород

ООО «Клинико-диагностическая лаборатория «Садко», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора \_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г., с одной стороны, и Гражданин (-ка) \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «представитель Пациента», действующий за несовершеннолетнего сына/дочь \_\_\_\_\_, именуемого (-ую) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту платные медицинские услуги по проведению лабораторных исследований на условиях, определенных настоящим Договором, а Пациент обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему Договору, содержатся в кассовом чеке/приходно-кассовом ордере.

1.2. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности:

- статус: действующая

- регистрационный номер: Л041-01164-52/00342326

- дата предоставления: 06.04.2021 г.

- лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Нижегородской области

- перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в рамках Договора при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; лабораторной диагностике; медицинской микробиологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике; медицинской микробиологии; санитарно-гигиеническим лабораторным исследованиям.

1.3. Пациент/представитель Пациента подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.4. При заключении и исполнении настоящего Договора Стороны руководствуются действующими у Исполнителя Положением о порядке и условиях оказания платных медицинских услуг по проведению лабораторных исследований, Правилами внутреннего распорядка, Положением о скидках и другими локальными нормативными актами Исполнителя.

1.5. Представитель Пациента подтверждает, что до заключения Договора ему в доступной форме предоставлена информация о возможности получения определенных видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. До заключения Договора Представитель Пациента в доступной форме проинформирован, что Исполнитель не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и не оказывают медицинскую помощь без взимания платы.

1.6. Определенные виды услуг, оказываемые в рамках настоящего Договора, являются комплексными и не подлежат оказанию по частям, несмотря на способы отражения стоимости их составных частей в прейскуранте Исполнителя. Исполнитель самостоятельно определяет, какие из оказываемых им услуг являются комплексными.

1.7. Медицинские услуги предоставляются Пациенту при наличии информированного добровольного согласия Представителя Пациента на медицинское вмешательство.

1.8. Срок оказания медицинской услуги определяется датой и временем обращения Пациента к Исполнителю. Срок выполнения лабораторного исследования биологического материала Пациента устанавливается Исполнителем в одностороннем порядке и определяется Положением о порядке и условиях оказания платных медицинских услуг по проведению лабораторных исследований. Срок ожидания Пациентом оказания медицинской услуги определяется в зависимости от графика работы конкретного медицинского работника, режима работы Клиники, характера медицинской услуги, времени для подготовки Пациента к медицинской услуге, а также от организационной возможности проведения медицинского вмешательства, в соответствии с локальными нормативными актами, действующими в Клинике.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**2.1. Обязанности Исполнителя:**

2.1.1. Информировать Представителя Пациента о правилах проведения лабораторных исследований путем размещения соответствующей информации на сайте Исполнителя [www.lab.sadkomed.ru](http://www.lab.sadkomed.ru). Правила проведения лабораторных исследований включают: правила подготовки к лабораторным исследованиям, правила самостоятельного забора биологического материала и определяются Положением о порядке и условиях оказания платных медицинских услуг по проведению лабораторных исследований.

2.1.2. Информировать Представителя Пациента о сроках выполнения лабораторных исследований биологического материала путем размещения данной информации на сайте Исполнителя [www.lab.sadkomed.ru](http://www.lab.sadkomed.ru).

2.1.3. Выдать Представителю Пациента результат проведенного лабораторного исследования путем размещения данных о результатах проведенного исследования в Личном кабинете Пациента на сайте Исполнителя.

2.1.4. Оказывать медицинские услуги качественно, в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, с соблюдением правил проведения лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований, утвержденных Министерством здравоохранения РФ.

2.1.5. Исполнять иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством.

**2.2. Права Исполнителя:**

2.2.1. Не приступать к оказанию услуг, а начатые услуги приостановить в случаях, если имеет место нарушение Представителем Пациента своих обязательств по Договору, которое препятствует надлежащему исполнению Исполнителем Договора (невыполнение мер по подготовке к предстоящей процедуре/манипуляции, о которых ему было сообщено заранее; также в иных случаях, в том числе, предусмотренных Положением о порядке и условиях оказания поликлинических услуг) при отсутствии ситуации, угрожающей жизни и здоровью Пациента.

2.2.2. Отказаться от исполнения Договора в связи с невозможностью оказания Пациенту услуг, соответствующих установленным законом требованиям к качеству и безопасности медицинских услуг; либо в связи с отсутствием лицензии у Исполнителя на медицинскую деятельность, запрашиваемую Представителем Пациента; либо в связи с выявлением у Пациента противопоказаний к проведению диагностических лабораторных исследований.

2.2.3. В одностороннем порядке изменять Прейскурант. Новый Прейскурант считается действующим со дня его утверждения Исполнителем.

2.2.4. Привлекать третьих лиц для оказания Пациенту медицинских услуг, составляющих предмет настоящего Договора.

### **2.3. Обязанности Представителя Пациента:**

2.3.1. Подписывая настоящий Договор, Я, представитель Пациента, подтверждаю, что ознакомился (-лась) с внутренней документацией Исполнителя (Положением о порядке и условиях оказания платных медицинских услуг по проведению лабораторных исследований, Положением о скидках, Правилами внутреннего распорядка (Правилами поведения пациентов), Прейскурантом, Правилами проведения лабораторных исследований, иными документами и локальными нормативными актами, которые расположены в доступном для Пациента месте) и обязуюсь их соблюдать (ст.431.2 ГК РФ).

2.3.2. Предъявлять документ, удостоверяющий личность, при каждом обращении к Исполнителю за оказанием медицинской помощи.

2.3.3. Своевременно оплачивать услуги Исполнителя в порядке, предусмотренном разделом 3 настоящего договора.

2.3.4. Выполнять правила подготовки к диагностическим исследованиям, правила самостоятельного забора биологического материала.

2.3.5. Соблюдать правила санитарно-эпидемиологического режима.

2.3.6. В случае изменения телефонного номера, адреса электронной почты и/или адреса места жительства, указанных в реквизитах настоящего Договора, сообщить новые данные администраторам Исполнителя на очередном приеме. Ответственность за последствия неисполнения данного пункта Договора несет представитель Пациента.

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

### **2.4. Права Представителя Пациента:**

2.4.1. Получать бесплатную и достоверную информацию об условиях предоставления платных услуг.

2.4.2. Получать медицинские услуги в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала Исполнителя другими пациентами.

## **3. ЦЕНА УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Цена услуг определяется в соответствии с действующим на момент оказания услуги Прейскурантом Исполнителя, с которым Представитель Пациента ознакомлен до подписания Договора. Прейскурант является неотъемлемой частью настоящего Договора. Общая стоимость услуг по Договору определяется исходя из фактического объема оказанных услуг. После оплаты услуг Представителю Пациента выдается кассовый чек (квитанция) с указанием перечня и стоимости оказанных услуг.

3.2. Услуги оказываются на условиях 100%-й предварительной оплаты их стоимости. Оплата услуг производится путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя либо безналичным путем с использованием банковской карты (при наличии технической возможности у Исполнителя). Исполнитель имеет право запросить у Представителя 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.

3.3. Пациент вправе получить скидки на услуги Исполнителя в рамках проводимых Исполнителем акций. Суммы, полученные Исполнителем в качестве оплаты оказанных услуг в рамках программ ДМС, не учитываются при расчете скидок согласно действующим акциям.

3.4. За нарушение условий и сроков оплаты по настоящему Договору Исполнитель вправе взыскать с Представителя Пациента пени в размере 0,5 % от суммы задолженности за каждый день просрочки.

## **4. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА**

4.1. Исполнитель гарантирует качественное оказание услуг: выполнение составляющих услуги действий по методикам и со свойствами, соответствующими обязательным для подобных услуг требованиям, а также в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования.

4.2. Исполнитель информирует Представителя Пациента о том, что при высокой информативности исследования оно не обладает 100%-й точностью. Результаты лабораторного исследования диагнозом не являются, требуется консультация специалиста.

4.3. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, 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. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по настоящему Договору, если неисполнение было вызвано действием непреодолимой силы, то есть чрезвычайных обстоятельств, которые ни одна из сторон не могла заранее предвидеть и предотвратить. К числу форс-мажорных обстоятельств также относятся: аварии коммунальных сетей, повлекшие отключение воды, электричества и тепла, поломка оборудования и др.

5.3. За нарушение условий и сроков оплаты по настоящему договору Исполнитель вправе взыскать с Пациента/представителя Пациента пени в размере 0,5 % от суммы задолженности за каждый день просрочки.

## **6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

6.1. Пациент/представитель Пациента дают согласие Исполнителю на обработку своих персональных данных. Согласие является неотъемлемой частью настоящего Договора.

6.2. Цель обработки персональных данных – оказание Пациенту медицинских услуг, соблюдение требований нормативно-правовых актов РФ.

## **7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ**

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует бессрочно.

7.2. Стороны договорились, что при возникновении споров будут стремиться разрешить сложившуюся ситуацию путем переговоров. В случае подачи Пациентом претензии, срок ее рассмотрения определяется в зависимости от предмета обращения согласно действующему законодательству РФ. Споры между Сторонами настоящего Договора могут быть переданы на рассмотрение суда.

7.3. Представитель Пациента вправе в любое время отказаться от Договора и расторгнуть его при условии полной оплаты Исполнителю фактически оказанных услуг.

7.4. Настоящий Договор может быть изменен по соглашению Сторон.

7.5. Представитель Пациента информирован о том, что в целях обеспечения безопасности в Клинике Исполнителя ведется аудио- и видеонаблюдение, и не возражает против этого.

7.6. С целью получения информации о результатах диагностических исследований Пациента, содержащих врачебную тайну, а также информационных услуг в электронном виде, включая, Исполнитель оформляет доступ к Личному кабинету Пациента на сайте Клиники [www.lab.sadkomed.ru](http://www.lab.sadkomed.ru)

Пациент при оформлении доступа к Личному кабинету дает согласие на обработку персональных данных и обязуется предоставить регистрационные данные пользователя Личного кабинета:

Фамилия, имя, отчество Пациента \_\_\_\_\_

Паспортные данные Пациента \_\_\_\_\_

Дата, месяц, год рождения Пациента \_\_\_\_\_

Номер контактного телефона Пациента \_\_\_\_\_

Номер электронной почты Пациента \_\_\_\_\_

**Реквизиты для доступа в Личный кабинет:**

Логин: \_\_\_\_\_

Пароль: \_\_\_\_\_

Исполнитель рекомендует Пациенту изменить предложенный пароль при первом входе в личный кабинет.

7.7. По письменному обращению Представителя Пациента Исполнитель обязуется сообщать и направлять данные медицинских анализов по указанному в письменном заявлении адресу электронной почты Представителя Пациента. О последствиях такой отправки, в том числе о возможности доступа к направляемой информации третьих лиц в процессе и/или результате такой пересылки, Представитель Пациента предупрежден, никаких претензий к Исполнителю иметь не будет.

7.8. Договор составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7.9. Настоящим пунктом представитель Пациента дает свое согласие на получение рассылки Исполнителя с информацией о назначенных приемах, об оказываемых Исполнителем услугах, проводимых Исполнителем акциях, действующих скидках, а также иную информацию о деятельности Исполнителя и на номер телефона и адрес электронной почты представителя Пациента, указанный в настоящем Договоре или отдельных заявлениях представителя Пациента.

Настоящим пунктом представитель Пациента дает свое согласие на участие в опросах, проводимых Исполнителем посредством телефонной связи, информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», личного интервьюирования и иными способами.

**Согласен / не согласен** (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_ (подпись представителя Пациента)

7.10. Стороны согласовали, что настоящий Договор и сопутствующие документы могут быть подписаны от имени Исполнителя с использованием факсимиле. При этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, что и подлинная подпись уполномоченного лица.

#### 8.РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

<b>Исполнитель:</b> <b>ООО «Клинико-диагностическая лаборатория «Садко»</b> <b>Юридический адрес:</b> 603057, г. Нижний Новгород, пр-кт Гагарина, д. 29, помещ. П2, подпомещение 14 ОГРН 1175275046264 (Лист записи Единого государственного реестра юридических лиц от 26.11.2020 года выдан Межрайонной ИФНС №15 по Нижегородской области) ИНН/КПП 5262349616/526201001 Р/с 40702810900000050672 Банк ГПБ (АО), г. Москва БИК 044525823 Корр.счет 3010181020000000823 тел/факс +78314120777 м.п. _____ (подпись исполнителя)	<b>Представитель Пациента:</b> ФИО _____ Дата рождения _____ Адрес регистрации _____ Адрес фактического проживания _____ СНИЛС _____ ИНН _____ Паспорт _____ Выдан _____ Тел. _____ Подпись _____ Плательщик _____ Один экземпляр настоящего Договора получен на руки. _____/_____/_____ (ФИО) (подпись)
--	--

**Места осуществления медицинской деятельности (Лицензия № Л041-01164-52/00342326 от 06.04.2021г. выдана Министерством здравоохранения Нижегородской области (603005, город Нижний Новгород, ул. Малая Ямская ул., д. 78; тел. 8 (831) 250-94-03, срок действия – бессрочно).**

Медицинский офис №2 ООО «Клинико-диагностическая лаборатория «Садко» (Адрес: г. Нижний Новгород, ул. Звездинка, д. 7, помещение П4)

Медицинский офис № 3 ООО «Клинико-диагностическая лаборатория «Садко» (Адрес: д. Анкундиновка, ул. Русская, д. 9 П2)

Медицинский офис № 4 ООО «Клинико-диагностическая лаборатория «Садко» (Адрес: г. Н.Новгород, б-р 60-лет Октября, 21/1, П4)

Медицинский офис № 5 ООО «Клинико-диагностическая лаборатория «Садко» (Адрес: г. Н.Новгород, ш. Южное, 14, П3)

Медицинский офис № 6 ООО «Клинико-диагностическая лаборатория «Садко» (Адрес: г. Н.Новгород, ул. Бурнаковская, д. 113, П5)

Медицинский офис № 7 ООО «Клинико-диагностическая лаборатория «Садко» (Адрес: г. Н.Новгород, ул. Б. Панина, д.4, П20)

Медицинский офис № 8 ООО «Клинико-диагностическая лаборатория «Садко» (Адрес: г. Н.Новгород, пр. Кирова, д. 1а, П6)

Медицинский офис № 9 ООО «Клинико-диагностическая лаборатория «Садко» (Адрес: г. Н.Новгород, ул. Коминтерна, д. 123, П3)

Медицинский офис № 12 ООО «Клинико-диагностическая лаборатория «Садко» (Адрес Н.Новгород, ул. Богдановича, д. 8, П1)

Медицинский офис № 15 ООО «Клинико-диагностическая лаборатория «Садко» (Адрес Н.Новгород, ул. Академика Сахарова, д. 113, к.2, П3)

Медицинский офис № 16 ООО «Клинико-диагностическая лаборатория «Садко» (Адрес с.п. Афоново, д. Красная Поляна, д.1, П6)

Медицинский офис № 17 ООО «Клинико-диагностическая лаборатория «Садко» (Адрес Н.Новгород, ул. Романтиков, д. 2, П6)

Медицинский офис № 18 ООО «Клинико-диагностическая лаборатория «Садко» (Адрес Н.Новгород, ул. Карла Маркса, д. 49, П6)

Медицинский офис № 19 ООО «Клинико-диагностическая лаборатория «Садко» (Адрес Н.Новгород, пр. Ленина, д. 2, П17)

Сведения о соответствующей лицензии содержатся в едином государственном реестре Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения на сайте в сети Интернет <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>. Данные о лицензиях, содержащихся в реестре, имеют статус открытых данных. Выписка из реестра лицензий находится в свободном доступе на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» <https://sadmokomed.ru>.

Подписанием договора подтверждаю свое ознакомление с документацией Клиники (Положением по организации оказания платных медицинских услуг в ООО «Клинико-диагностическая лаборатория «Садко», Положением о порядке и условиях оказания платных медицинских услуг, Положением о скидках, Правилами внутреннего распорядка (правила поведения Пациентов), Правилами подготовки к диагностическим исследованиям, размещенными на сайте Клиники в сети Интернет [www.lab.sadmokomed.ru](http://www.lab.sadmokomed.ru), Прейскурантом и иными документами и локальными нормативными актами Исполнителя)

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства: лабораторные исследования**

1. Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
 проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
 место работы: \_\_\_\_\_

*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 (Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения): \_\_\_\_\_

настоящим подтверждаю, что добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства по забору биологического материала и выполнения лабораторного исследования на:

2. Я информирован (-а) о том, что для получения достоверного результата мне (представляемому) необходимо правильно подготовиться и/или самостоятельно забрать биоматериал. Мне разъяснены правила подготовки к предстоящему исследованию и правила сбора биологического материала, а также цель, условия и порядок проведения медицинского вмешательства по забору биологического материала и сроки выполнения лабораторного исследования.

2.1. Я предупрежден (-а) о диагностических возможностях лабораторного исследования, в том числе о том, что при высокой информативности исследования оно не обладает 100%-й точностью. **Я понимаю и согласен (-а), что результаты проведенного лабораторного исследования диагнозом не являются, требуется консультация специалиста.**

3. Я проинформирован (-а) о противопоказаниях к предстоящему медицинскому вмешательству. **Подписанием настоящего документа я заверяю об отсутствии у меня (представляемого) таких противопоказаний.**

4. Мне известно об альтернативе: непроведение медицинского вмешательства. Мне известно о возможных негативных последствиях отказа от медицинского вмешательства или частичного его выполнения, а именно: невозможность диагностирования состояния здоровья пациента.

5. Мне разъяснено, что не существует абсолютно безопасных медицинских вмешательств и любое медицинское воздействие на человека вызывает ответные реакции организма, которые иногда могут быть непредсказуемыми. Мне понятно, что существует риск возникновения осложнений. Настоящим я доверяю медицинским работникам изменить объем вмешательства в случае возникновения непредвиденных ситуаций в соответствии с клинической ситуацией, их опытом, навыками, знаниями.

6. Дополнительно я информирован (-а) о коронавирусной инфекции SARS-CoV-2:

- новая коронавирусная инфекция SARS-CoV-2 представляет опасность для окружающих, в связи с чем при возможном контакте со мной (представляемым) третьи лица имеют высокий риск заражения, что особо опасно для людей старшего возраста, а также людей, страдающих хроническими заболеваниями;
- отсутствуют убедительные научные данные и масштабные, хорошо организованные исследования в отношении нового коронавируса COVID-19, в том числе о путях передачи, возможностях инфицирования и клинических проявлениях;
- в настоящее время в связи с эпидемией COVID-19 имеется высокий риск инфицирования в местах общественного пользования, в том числе и медицинских организациях;
- имеющиеся на сегодняшний день диагностические тесты не могут свидетельствовать со 100%-й точностью о факте отсутствия инфицирования/заболевания в момент проведения медицинского вмешательства (у детей, родителей и медицинских работников);

• отрицательный результат исследования на наличие РНК вируса SARS-CoV-2 методом амплификации нуклеиновых кислот (метод ПЦР диагностики) не может свидетельствовать со 100%-й точностью о факте отсутствия инфицирования/заболевания в момент проведения медицинского вмешательства;

• при получении положительного результата исследования на наличие РНК вируса SARS-CoV-2 методом амплификации нуклеиновых кислот (метод ПЦР диагностики), информация об этом направляется в уполномоченные органы в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

7. Я ознакомлен (-а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в Клинике, и обязуюсь их соблюдать.

8. Я ознакомлен (-а) с тем, что в срок выполнения исследования может быть увеличен в случае положительного или сомнительного результата исследования и в случае возникновения необходимости проведения подтверждающего тестирования (верификации).

9. **Мне известно, что до начала медицинского вмешательства, а также на любом его этапе, я могу отказаться от его проведения в письменной форме.**

10. Я подтверждаю свое ознакомление с тем, что при получении положительного результата исследования на наличие РНК вируса SARS-CoV-2 методом амплификации нуклеиновых кислот (метод ПЦР диагностики) информация об этом направляется в уполномоченные органы в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

11. Мне было предоставлено достаточно времени для ознакомления, обдумывания и принятия решения, а также были заданы медицинскому работнику все интересующие меня вопросы о сути и условиях медицинского вмешательства и получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Вся информация была доведена до меня на доступном и понятном мне языке.

12. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти

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

Понимая сущность предложенного медицинского вмешательства, цель, метод оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, я принимаю решение приступить к медицинскому вмешательству на предложенных условиях.

Настоящим я подтверждаю, что проинформирован (-а), что коронавирус- COVID-19 внесен в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (Постановление Правительства РФ от 31 января 2020 года № 66). Мне разъяснено и понятно, что в соответствии с Российским законодательством за распространение болезней из этого списка предусмотрена ответственность, в том числе уголовная ст. 236, ст. 237 УК РФ.

Мне разъяснены и понятны меры предосторожности от заражения вирусом SARS-CoV2.

Я, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 27.03.2021 N 452, даю свое согласие ООО «Клинико-диагностическая лаборатория «Садко» (ОГРН 1175275046264, адрес: 603057, г. Нижний Новгород, пр-кт Гагарина, д. 29, помещ. П2, подпомещение 14) на передачу сведений, содержащих врачебную тайну, а именно: информации о результатах исследования на наличие РНК вируса SARS-CoV-2 методом ПЦР диагностики, а также моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, паспортные данные, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) в ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора.

Медицинский работник разъяснил всю полную и достоверную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, дал ответы на все вопросы и расписался в моем присутствии.

Дата	ФИО, подпись пациента/законного представителя	Должность, ФИО, подпись мед. работника