

УВЕДОМЛЕНИЕ

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

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 моем здоровье.

2. Я 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.

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

Подпись потребителя (представителя Пациента) _____ / _____ /

Договор оказания косметологических услуг

г. Нижний Новгород

«__» _____ 20__ г.

ООО «Клиника инновационной косметологии «Садко», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____. ____ г., с одной стороны, и Гражданин (-ка) _____, именуемый (-ая) 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 на условиях, определенных настоящим Договором, а представитель Пациента обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором. Медицинская услуга может быть оказана в том числе в режиме онлайн-консультации, при условии проведения первоначального очного приема с постановкой диагноза.

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

- статус: действующая

- срок действия: бессрочно;

- регистрационный номер: Л041-01164-52/00341118

- дата предоставления: 20.02.2020 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: медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии; косметологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; физиотерапии.

1.3. 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 действующим у Исполнителя Правилами внутреннего распорядка (Правилами поведения пациентов), Положением о порядке и условиях оказания косметологических услуг, 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 и филиалы Исполнителя не участвуют в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и не оказывают медицинскую помощь без взимания платы.

1.6. Определенные виды услуг, оказываемых 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. Основанием для предоставления медицинских услуг Исполнителем является обращение представителя Пациента и наличие у Пациента соответствующих медицинских показаний. Объем оказываемых по настоящему Договору медицинских услуг определяется общим состоянием здоровья Пациента, индивидуальными особенностями его организма, медицинскими показаниями (противопоказаниями) по лечению выявленных заболеваний (патологий), желанием представителя Пациента и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

1.8. Срок оказания медицинской услуги определяется датой и временем обращения представителя Пациента к Исполнителю. В случае оказания комплексной медицинской помощи, предполагающей этапность и составление медицинского плана с учетом периода, необходимого для восстановления организма Пациента после завершения определенного этапа предоставления медицинских услуг, приблизительные сроки фиксируются в медицинской документации (плане лечения, медицинской карте Пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях) после согласования с представителем Пациента. Срок ожидания Пациентом оказания медицинской услуги определяется датой и временем обращения Пациента к Исполнителю, является приблизительным, зависит от состояния здоровья Пациента, выявления/не выявления в рамках диагностических процедур противопоказаний к проведению того или иного медицинского вмешательства, графика работы Исполнителя и медицинских работников, 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.

1.9. Перечень услуг, подлежащих оказанию по настоящему Договору, согласовывается в приложении к Договору и является его неотъемлемой частью.

1.10. Медицинские услуги предоставляются Пациенту при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

1.11. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи размещена на информационных стендах в наглядной и доступной форме, на официальном сайте, а также изложена в информированном добровольном согласии на соответствующее медицинское вмешательство.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Обязанности Исполнителя:

2.1.1. По согласованию с представителем Пациента назначить в рамках каждой медицинской специальности врача соответствующей квалификации для проведения обследования и лечения. Исполнитель вправе заменить лечащего врача (подтверждением согласия на замену лечащего врача является факт получения Пациентом медицинских услуг у другого врача).

2.1.2. 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.

2.1.3. После оказания услуг Исполнитель обязан выдать представителю Пациента медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

2.1.4. Исполнять иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством.

2.1.5. Своевременно информировать представителя Пациента о том, что его указания о способе оказания медицинской услуги и иные зависящие от него обстоятельства могут повлиять на качество оказываемой медицинской услуги и повлечь за собой невозможность ее завершения в срок.

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 выполнением условий заключенного сторонами Договора.

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

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

2.2.4. Осуществлять фото- и видеосъемку Пациента в лечебных и диагностических целях. Закрывая настоящий Договор, представитель Пациента дает свое согласие на возможное использование Исполнителем или его персоналом данных, полученных при обследовании и лечении Пациента, в том числе слайдов, фотографий, видеоматериалов и т.д., для изучения другими медицинскими работниками, для лечебных, учебных, научных целей, в публикациях и т.д., не указывая личных данных Пациента.

2.2.5. 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 Пациентом; либо в связи с иными объективными обстоятельствами.

2.2.6. Пользоваться иными правами, предусмотренными действующим законодательством.

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 косметологических услуг, Правилами внутреннего распорядка (Правилами поведения пациентов), Прейскурантом, Положением о скидках и иными документами и локальными нормативными актами Исполнителя, которые расположены в доступном для Пациента месте) и обязуюсь их соблюдать (ст. 431.2 ГК РФ).

2.3.2. Своевременно оплачивать услуги Исполнителя в порядке, предусмотренном разделом 3 настоящего Договора.

2.3.3. Предъявлять документ, удостоверяющий личность, при каждом обращении к Исполнителю.

2.3.4. Своевременно являться на приемы и процедуры.

2.3.5. 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.

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

2.3.7. Исполнять иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством.

2.4. Права представителя 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 на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала Исполнителя другими пациентами.

2.4.3. Пользоваться иными правами, предусмотренными действующим законодательством.

3. ЦЕНА УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Цена услуг определяется в соответствии с действующим на момент оказания услуги Прейскурантом Исполнителя. Прейскурант является неотъемлемой частью настоящего Договора, с которым представитель Пациента ознакомлен до подписания Договора. Общая стоимость услуг по Договору определяется исходя из фактического объема оказанных услуг.

3.2. 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. После заключения Договора медицинские услуги могут быть оплачены по согласованию с представителем Пациента на условиях предварительной оплаты в любом размере. В таком случае стоимость услуг Исполнителя определяется по расценкам Прейскуранта, действующего на момент оказания соответствующей услуги.

3.4. В случае 100%-й предоплаты комплекса услуг оплата производится по расценкам Прейскуранта действовавшего на момент внесения предоплаты. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг их стоимость оплачивается по расценкам Прейскуранта, действующего на момент оказания соответствующей дополнительной услуги.

3.5. В случае оказания услуг по программам ДМС представитель Пациента самостоятельно оплачивает фактически оказанные медицинские услуги, не входящие в предусмотренную программу ДМС, в соответствии с условиями настоящего Договора. В случае если лечение, произведенное Пациенту, не будет оплачено его страховой компанией полностью или частично в течение 60 календарных дней, с момента направления соответствующего счета в страховую компанию, представитель Пациента обязан осуществить оплату оказанных ему услуг в течение 7 рабочих дней с момента получения соответствующего письменного требования от Исполнителя.

3.6. При изменении Прейскуранта Исполнителя в процессе лечения изменению подлежит только стоимость последующих медицинских услуг, стоимость ранее оплаченных услуг не меняется. Об изменении Прейскуранта Представитель пациента уведомляется посредством размещения актуального Прейскуранта на сайте Исполнителя и в регистратуре Исполнителя на стойке информации.

3.7. При досрочном расторжении Договора по инициативе представителя Пациента (отказе представителя Пациента от получения медицинских услуг) Исполнитель возвращает представителю Пациента полученные от него денежные средства за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с предоставлением медицинских услуг по настоящему Договору. Под расходами Исполнителя в настоящем Договоре Стороны понимают фактически понесенные Исполнителем затраты, связанные с предоставлением платных медицинских услуг Пациенту, в том числе (но не ограничиваясь): затраты на оплату труда работников Исполнителя, закупку материалов, услуги лаборатории, использование оборудования, накладные расходы, а также затраты Исполнителя на оплату услуг третьих лиц в целях оказания медицинских услуг Пациенту. Возврат денежных средств осуществляется Исполнителем в установленные настоящим Договором сроки.

4. ГАРАНТИИ КАЧЕСТВА

4.1. Исполнитель гарантирует качественное оказание услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

4.2. Исполнитель предупреждает, что в силу специфики медицинских услуг, при надлежащем выполнении сторонами своих обязательств по Договору, не может гарантировать достижения 100% результата оказания медицинской услуги.

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 представителя Пациента пени в размере 0,5 % от суммы задолженности за каждый день просрочки.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Представитель Пациента дает 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. При невозможности достижения сторонами согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда.

7.3. Представитель Пациента подтверждает, что до подписания Договора Исполнитель предоставил возможность ознакомиться со следующей информацией: сведениями об Исполнителе, в том числе с адресом места нахождения, сведениями о регистрации юридического лица, адресами осуществления медицинской деятельности; с адресом сайта в сети «Интернет»; со сведениями о лицензии на осуществление медицинской деятельности и об органе предоставившем такую лицензию; с информацией о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; с возможностью получения выписки из ЕГРЮЛ по требованию; с Прейскурантом (содержащем перечень платных услуг с указанием цен в рублях); с адресами размещения ссылок для ознакомления со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями, на основании которых оказываются медицинские услуги; со сроками ожидания предоставления платных медицинских услуг; с информацией о медицинских работниках, уровне их образования и квалификации, графике их работы; с категориями потребителей, имеющих право на получение льгот; с образцами договоров на оказание услуг. Исполнитель предоставил возможность ознакомиться с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, с Положением о предоставлении платных медицинских услуг, с Правилами поведения пациентов и посетителей в Клинике, с Положением, устанавливающим гарантийные сроки и сроки службы на о вещественные результаты медицинских услуг. Указанная в настоящем пункте информация в наглядной и доступной форме размещена на официальном сайте и на информационных стендах Исполнителя.

В момент подписания настоящего Договора представитель Пациента ознакомлен с соответствующей информацией, действующим Прейскурантом Исполнителя, понимает содержащуюся в нем информацию и согласен с ценами на медицинские услуги.

7.4. Исполнитель уведомляет представителя Пациента о том, что результат предоставления медицинской услуги почти всегда носит нематериальный характер и выражается в достижении определенного состояния, и так как действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, то Исполнитель, по независящим как от него, так и от Пациента и его представителя причинам, не может гарантировать только лишь положительный результат предоставления медицинской услуги. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств по Договору, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат предоставления медицинской услуги не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

7.5. Представитель Пациента удостоверяет, что на момент заключения Договора он не признан судом недееспособным вследствие психического расстройства и над ним не установлена опека, равно как и то, что он не ограничен судом в дееспособности вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и над ним не установлено попечительство. В случае изменений в части данного пункта Договора представитель Пациента обязан уведомить об этом Исполнителя.

7.6. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе Исполнителя в связи с невозможностью исполнения последним своих обязательств по договору, а также вследствие нарушения представителем Пациента условий настоящего Договора.

7.7. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению Сторон.

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

7.9. С целью получения информационных услуг в электронном виде, включая информацию о результатах диагностических исследований Пациента, содержащих врачебную тайну, Исполнитель оформляет доступ к Личному кабинету Пациента на сайте Клиники www.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.

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

7.11. При наличии возможности сообщать и направлять данные медицинских анализов и кассовый чек об оплате оказанных услуг по указанному в настоящем Договоре адресу электронной почты представителя Пациента, с информированием по указанному в настоящем Договоре номеру телефона. 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. Если представитель Пациента не согласен предоставить Исполнителю такое право, он не указывает в настоящем Договоре данные своей электронной почты и номер своего телефона.

Электронная почта: _____;

Номер телефона: _____.

7.12. 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, указанные 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)

7.13. 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.

7.14. Во всем остальном, что не затронуто условиями настоящего Договора, стороны руководствуются действующим законодательством РФ и локальными нормативными актами Исполнителя.

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

<p>Исполнитель: ООО "Клиника инновационной косметологии "Садко" 603057, г. Нижний Новгород, ул. Бекетова, д.13 помещение П9, П8 ОГРН 1175275010844 Лист записи Единого государственного реестра юридических лиц от 05.07.2017 года выдан Межрайонной ИФНС №15 по Нижегородской области ИНН/КПП 5262346559/526201001 Тел/факс (831) 2503030 р/с 40702810100240015452 в ФИЛИАЛ БАНКА ВТБ (ПАО) В Г.НИЖНЕМ НОВГОРОДЕ к/с 30101810145250000411 БИК 044525411</p> <p>м.п. _____ (подпись исполнителя)</p>	<p>Представитель Пациента: ФИО _____ Дата рождения _____ Адрес регистрации _____ _____ Адрес фактического проживания _____ _____ СНИЛС _____ ИНН _____ Паспорт _____ _____ Выдан _____ _____ Тел. _____ Подпись _____ Платательщик _____</p> <p>Один экземпляр настоящего Договора получен на руки. _____ / _____ / (ФИО) (подпись)</p>
--	---

Места осуществления медицинской деятельности (Лицензия Л041-01164-52/00341118 от 20.02.2020 г. выдана Министерством здравоохранения Нижегородской области (603005, город Нижний Новгород, ул. Малая Ямская ул., д. 78; тел. 8 (831) 250-94-03, срок действия – бессрочно).

ООО «Клиника инновационной косметологии «Садко» (Адрес: г. Нижний Новгород, ул. Бекетова, д. 13, помещение П9, П8)
 Белинский филиал ООО «Клиника инновационной косметологии «Садко» (адрес: г. Нижний Новгород, улица Белинского, дом 71/1, помещение П8)

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://sadmomed.ru>.

Подписанием договора подтверждаю свое ознакомление с документацией Клиники (Положением по организации оказания платных медицинских услуг в ООО "Клиника инновационной косметологии "Садко", Положением о порядке и условиях оказания косметологических услуг, Положением о скидках, Правилами внутреннего распорядка (правила поведения Пациентов), Прейскурантом и иными документами и локальными нормативными актами Исполнителя).

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

Я, _____, «___» _____ г. рождения
(Ф.И.О. гражданина)
зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 05.05.2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи /получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Общество с ограниченной ответственностью «Клиника инновационной косметологии «Садко» (ИНН 5262346559, ОГРН 1175275010844, юр. адрес 603057, Нижегородская область, г. Нижний Новгород, ул. Бекетова, д.13, П8, П9)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне 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 частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Я информирован (-а) о том, что:

- 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).
- Я имел (-а) возможность задать любые вопросы о рисках, связанных с медицинским вмешательством в период распространения новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

(подпись)

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

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

«___» _____ 20__ г.

Перечень

**определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации
для получения первичной медико-санитарной помощи**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.