

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг

<ДАТА> г. Ростов-на-Дону

<ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ> именуемый в дальнейшем «Потребитель» и (или) <ПАЦИЕНТ_ЗП_ФИО_ПОЛНОЕ> именуемый в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны и **общество с ограниченной ответственностью «ФОРМАДАТЭССЕ»**, (сокращенное наименование **ООО «ФОРМАДЭ»**),

- адрес местонахождения: 344058, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул. Батуриная, зд.86/46.

- адреса мест оказания медицинских услуг: 344058, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул. Батуриная, зд.86/46.

- ОГРН 1256100003774, ИНН 6162091637 выдан Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 26 по Ростовской области 21.02.2025г.

- Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01050- 61/02949132 от 14.08.2025г., выдана Министерством здравоохранения Ростовской области (г. Ростов-на-Дону, ул. 1-ой Конной Армии, 33 тел. (863)242-30-96), статус лицензии: действует. Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией, прилагается к договору, а также находится в доступной форме на информационных стендах и на официальном сайте Исполнителя, адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: сайт **fdeclinic.ru**, эл. почта: **fdeclinic@yandex.ru**, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Пржедецкого Юрия Валентиновича, действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется предоставить Потребителю (Заказчику) (далее – Потребитель) на возмездной основе медицинские услуги, указанные в Перечне, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора, а Потребитель (Заказчик) обязуется своевременно оплатить стоимость предоставленных медицинских услуг.

1.2. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Потребителя получить медицинские услуги за плату. 1.3. Подписывая настоящий договор, Потребитель подтверждает, что ему в доступной форме предоставлена информация о возможности получения соответствующих 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, а также о том, что Исполнитель не является медицинской организацией, участвующей в реализации указанных программ.

1.4. Потребитель уведомлен:

- что несоблюдение назначений (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 или внешнего вида Потребителя;

- что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

- о предоставляемых платных услугах, содержащих следующие сведения: порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи; информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем платную медицинскую услугу; информации о методах оказания медицинской помощи, связанных с ним рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; иных сведениях, относящиеся к предмету настоящего договора.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказать медицинские услуги, соответствующие номенклатуре, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.

2.1.2. Своевременно, в сроки, предварительно согласованные сторонами, оказывать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора; при оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению российским законодательством.

2.1.3. Выдавать Потребителю (Заказчику) кассовый чек и/или иной документ, подтверждающий оплату услуг.

2.1.4. По окончании оказания медицинской услуги выдать Потребителю (Заказчику) медицинские документы (их копии, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях без взимания дополнительной платы.

2.1.5. Предоставить Потребителю (Заказчику) бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых платных услугах, содержащую следующие сведения: порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи; информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем платную медицинскую услугу; информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ним рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; иные сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

2.1.6. Соблюдать врачебную тайну.

2.1.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Потребителя (Заказчика) (соответствует п. 26 постановления Правительства РФ от 30.05.2026 № 659

2.2. Потребитель (Заказчик) обязан:

2.2.1. Своевременно и в полном объеме оплатить медицинские услуги в наличной или безналичной форме;

2.2.2. Удостоверить личной подписью бланк информированного добровольного согласия на проведение обследования и лечения, либо отказ от медицинских услуг, показанных ему по состоянию здоровья;

2.2.3. Выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи (рекомендации и назначения лечащего врача);

2.2.4. Информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг.

2.2.5. Соблюдать режим лечения, в том числе на период временной нетрудоспособности;

2.2.6. Посещать Клинику для проведения осмотров, процедур, консультаций, исследований и др. в заранее согласованные время и сроки. В случае невозможности явки в установленное время, заблаговременно, не менее чем за 3 часа до назначенного времени, предупредить об этом Исполнителя по телефону (863) 2-807-807.

2.3. Исполнитель вправе:

2.3.1. Требовать от Потребителя (Заказчика) предоставления информации, необходимой для качественного и полного оказания медицинских услуг;

2.3.2. Информировать Потребителя о назначениях и рекомендациях, которые необходимо выполнять для достижения планируемого результата лечения;

2.3.3. В случае возникновения необходимости по согласованию с Потребителем привлекать для оказания медицинских услуг третьих лиц, специализирующихся на оказании медицинских услуг и обладающих соответствующими разрешительными документами на их оказание.

2.3.4. Оказать платные медицинские услуги в виде отдельных консультаций или вмешательств, в т.ч. сверх стандарта медпомощи, по просьбе потребителя, оформленной в форме письменного согласия (соответствует п. 11 постановления Правительства РФ от 30.05.2026 N 659).

2.4. Потребитель (Заказчик) вправе:

2.4.1. Отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время, возместив Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору.

2.4.2. Получать информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения и обследования как в письменном, так и в электронном виде.

2.4.3. Совместно с медицинским персоналом определять фактический перечень услуг, которые он желает получить в соответствии с медицинскими показаниями, в том числе, превышающем объем стандарта медицинской помощи. В случае необходимости предоставления дополнительных платных услуг, стороны заключают дополнительное соглашение с Перечнем предоставляемых услуг.

2.4.4. Выбрать способ оплаты оказанных услуг.

2.4.5. Выбирать средства и способы защиты своих прав.

3. Стоимость услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется Прейскурантом цен Исполнителя, действующим на момент оплаты услуги. В подтверждение произведенной оплаты Исполнителем выдается финансовый документ установленного образца.

3.2. Потребитель (Заказчик) обязан в полном объеме оплатить предоставляемые медицинские услуги.

3.3. Оказание медицинских услуг осуществляется на основании Перечня, являющегося приложением к настоящему договору, определяющем виды и стоимость услуг.

3.4. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу (расчетный счет) Исполнителя.

3.5. Возврат денежных средств осуществляется в соответствии с установленным законодательством порядке при предъявлении следующих документов: для граждан РФ – паспорт гражданина РФ, удостоверение личности военнослужащего РФ (военный билет), временное удостоверение личности гражданина РФ, удостоверение личности гражданина РФ, постоянно проживающего за пределами РФ (загранпаспорт); для иностранных граждан – паспорт иностранного гражданина, разрешение на временное проживание, вид на жительство, удостоверение беженца, свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем на территории РФ, свидетельство о предоставлении временного убежища на территории РФ.

4. Сроки и режим оказания медицинских услуг

4.1. Медицинские услуги оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя.

4.2. Дата и время оказания услуг, номер кабинета, ФИО специалиста, оказывающего услугу, указываются в Приложении к настоящему Договору, выдаваемом на руки пациенту.

4.3. Сроки ожидания платных медицинских услуг зависят от состояния здоровья Потребителя и определяются в зависимости от индивидуального объема оказываемых медицинских услуг.

5. Ответственность сторон

5.1. В случае ненадлежащего исполнения Договора одной из сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству Российской Федерации.

5.2. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение, либо ненадлежащее исполнение условий настоящего договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случаях причинения вреда жизни и здоровью Потребителя и нарушение сроков исполнения обязательств в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. Изменение условий и расторжение договора

6.1. Настоящий договор может быть изменен только по письменному соглашению сторон.

6.2. Стороны вправе досрочно расторгнуть настоящий договор по взаимному соглашению, либо в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

7. Прочие условия

7.1. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к их разрешению путем переговоров. В случае невозможности урегулировать спор путем переговоров, споры подлежат разрешению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.2. Договор вступает в силу с даты его подписания обеими сторонами и действует до момента исполнения сторонами взятых на себя обязательств.

7.3. Договор может быть заключен в том числе и дистанционным способом посредством использования сети «Интернет». В таком случае, согласие (акцепт) должно быть подписано Потребителем (Заказчиком) электронной подписью потребителя и (или) заказчика (простой, усиленной неквалифицированной или усиленной квалифицированной) и усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица Исполнителя.

7.4. Потребитель подтверждает свое согласие на получение смс-уведомлений и оповещений от Исполнителя по номеру, указанному им в системе.

Цель смс-рассылки – информирование о проводимых акциях, специальных предложениях, новых услугах, о переносе даты и (или) времени приема, о сведениях, важных для пациента.

7.5. Потребитель подтверждает свое согласие на фотодокументирование и видеосъемку до, во время и после лечения, а также публикацию фото- и видеоматериалов в обезличенной форме, исключающей идентификацию личности Потребителя.

7.6. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что получил на руки подлинный экземпляр настоящего Договора, подписанного сторонами.

7.7. По вопросам, не предусмотренным настоящим договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

8. Адреса, реквизиты и подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

**Общество с ограниченной ответственностью
«ФОРМАДЭ»
(ООО «ФОРМАДЭ»)**

Юридический адрес: 344058, Ростовская область,

г. Ростов-на-Дону, ул. Батурина, д. 86/46

Электронная почта: fdeclinic@yandex.ru

тел: (863) 2-807-807

ОГРН 1256100003774

ИНН 6162091637 КПП 616201001

ОКПО 792091543 ОКВЭД 86.10

Банковские реквизиты:

р/с 40702810806640001614 в Филиал «Центральный»

Банка ВТБ (ПАО)

к/с 30101810145250000411

БИК 044525411

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

<ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>

Паспорт:

серия <ПАСПОРТ_СЕРИЯ> №

<ПАСПОРТ_НОМЕР>

Выдан <ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ>

<ПАСПОРТ_ВЫДАН>

Адрес:

<ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>

Телефон <ПАЦИЕНТ_ТЕЛЕФОН>

Электронный адрес:

<ПАЦИЕНТ_EMAIL>

Подпись: _____

ЗАКАЗЧИК (Законный представитель)

<ПАЦИЕНТ_ЗП_ФИО_ПОЛНОЕ>

Паспорт:

серия <ПАСПОРТ_ПЗП_СЕРИЯ> №

<ПАСПОРТ_ПЗП_НОМЕР>

Выдан

<ПАСПОРТ_ПЗП_ДАТА_ВЫДАЧИ>

<ПАСПОРТ_ПЗП_ВЫДАН>

Адрес:

<ПАЦИЕНТ_ЗП_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>

Телефон <ПАЦИЕНТ_ЗП_ТЕЛЕФОН>

Электронный адрес:

<ПАЦИЕНТ_ЗП_EMAIL>

Подпись: _____

Подпись: _____

Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией

Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

Общество с ограниченной ответственностью «ФОРМАДАТЭССЕ», сокращенное наименование - ООО «ФОРМАДЭ»

Адрес местонахождения: 344058, Россия, Ростовская область, городской округ «Город Ростов-на-Дону» г. Ростов-на-Дону, ул. Батуриная, зд. 86/46

При оказании первичной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; лабораторной диагностике; сестринскому делу;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; косметологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; пластической хирургии; рентгенологии; сердечно-сосудистой хирургии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; хирургии; эндокринологии;

при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; пластической хирургии; рентгенологии; сестринскому делу; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; хирургии;

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности.

Номер и дата приказа (распоряжения) лицензирующего органа: №1115 от 07.07.2026г.

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, <ПАЦИЕНТ_ЗП_ФИО_ПОЛНОЕ> (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя), <ПАЦИЕНТ_ЗП_ДАТА_РОЖДЕНИЯ> г. рождения, зарегистрированный по адресу: <ПАЦИЕНТ_ЗП_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ> (адрес регистрации гражданина либо законного представителя), проживающий по адресу: <ПАЦИЕНТ_ЗП_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ> (указывается в случае проживания не по месту регистрации), в отношении <ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ> (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем), <ПАЦИЕНТ_ДАТА_РОЖДЕНИЯ> г. рождения, зарегистрированного по адресу: <ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ> (дата рождения пациента при подписании законным представителем) (в случае проживания не по месту жительства 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 апреля 2012 г. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «ФОРМАДЭ» (полное наименование медицинской организации)

медицинским работником <ФИО_МЕДРАБОТНИКА>

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после моей смерти или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после его смерти:

<ВЫБРАННОЕ_ЛИЦО_ОДИН>

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

<ВЫБРАННОЕ_ЛИЦО_ДВА>

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

<ПАЦИЕНТ_ЗП_ФИО_ПОЛНОЕ>

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

<ФИО_МЕДРАБОТНИКА>

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

<ДАТА>

(дата оформления)

г.

<ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных пациента**

Я <ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>, проживающий (ая) по адресу <ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>
паспорт <ПАСПОРТ_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ_НОМЕР>, Выдан <ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ> <ПАСПОРТ_ВЫДАН>
телефон <ПАЦИЕНТ_ТЕЛЕФОН> адрес электронной почты <ПАЦИЕНТ_EMAIL>

нижеперечисленное заполняется в случае представления интересов Пациента

представляя интересы Пациента<ПАЦИЕНТ_ЗП_ФИО_ПОЛНОЕ> проживающего по адресу <ПАЦИЕНТ_ЗП_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>
Паспорт/иной документ серия <ПАСПОРТ_ПЗП_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ_ПЗП_НОМЕР>
Выдан <ПАСПОРТ_ПЗП_ДАТА_ВЫДАЧИ> <ПАСПОРТ_ПЗП_ВЫДАН>
телефон<ПАЦИЕНТ_ЗП_ТЕЛЕФОН> адрес электронной почты <ПАЦИЕНТ_ЗП_EMAIL>

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, Федерального закона РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «ФОРМАДЭ», расположенным по адресу: Российская Федерация, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул. Батуриная, зд.86/46 (далее - Оператор) персональных данных Пациента, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ДМС, реквизиты паспорта/иного документа, удостоверяющего личность, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, данные о праве на льготные рецепты, выписанные льготные рецепты, диагнозах, заболеваниях, заключениях и рекомендациях врачей-специалистов и иную информацию, полученную при обследовании и лечении в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, информирования о записи на прием и/или о предстоящем посещении врача, смс-информирования, почтовой рассылки, информировании об услугах клиники, о результатах анализов, сроках оказания услуг, специальных предложениях и рекламных акциях, системах скидок и бонусов, предоставления иных, связанных с исполнением договора, медицинских услуг, при условии, что их обработка (с использованием средств автоматизации или без использования средств автоматизации) осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Я разрешаю направлять результаты лабораторных исследований на адрес электронной почты, указанный в настоящем согласии.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление доступа), обезличивание, блокирование, удаление, 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) по договорам ДМС и платным услугам, а также при наличии других оснований, предусмотренных законодательством.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ДМС и платным услугам на обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховой организацией и иными организациями, с которыми Оператором заключены договоры на оказание платных медицинских услуг, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (врачебную) тайну.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, кроме случаев, предусмотренных законодательством.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичной медицинской документации.

Настоящее согласие дано мной и действует с момента подписания до момента его отзыва.

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.

Я уведомлен о том, что в случае отзыва мной согласия на обработку моих персональных данных, Оператор имеет право продолжить их обработку при наличии оснований, установленных законодательством.

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;
- по истечении срока хранения моих персональных данных, установленного законодательством РФ, уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

**Подпись субъекта персональных данных
(или его законного представителя)**

<ПАЦИЕНТ_ЗП_ФИО_ПОЛНОЕ>

(личная подпись)

<ДАТА>

(заполняется при отказе от одного, нескольких перечисленных в согласии действий, либо в целом путем указания: «Я отказываюсь от ...»)

Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства.

Я, <ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>, зарегистрированный по адресу:<ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>, паспорт <ПАСПОРТ_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ_НОМЕР>, выдан <ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ> <ПАСПОРТ_ВЫДАН>, телефон <ПАЦИЕНТ_ТЕЛЕФОН> находясь на лечении в ООО «ФОРМАДАТЭССЕ», добровольно даю согласие на проведение мне (представляемому)

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики).

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;

Я предупрежден(а) о последствиях, факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода;

Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению.

Я подтверждаю, что анестезиолог-реаниматолог информировал меня о предполагаемом мне анестезиологическом пособии и возможных дополнительных манипуляциях, необходимых для его проведения.

Я знаю, что любой тип анестезии представляет определенный риск. Хотя исход анестезии, как правило, благоприятный, тем не менее, во время операции или процедуры могут происходить значительные колебания деятельности сердечно-сосудистой системы и дыхания, что может привести к развитию дополнительного заболевания, называемого осложнением анестезии.

Мне разъяснено, что наиболее частыми осложнениями являются осаднение глотки или гортани дыхательной трубкой, тошнота, рвота, болезненность мышц после анестезии, аллергии, уплотнение и болезненность вены после инфузий, режé спазм голосовых связок и повреждение зубов.

Я информирован(а), что создание наилучших условий для проведения операции и послеоперационный период часто требует мероприятий, сопряженных с высоким риском для пациента (искусственное понижение артериального давления, внутривенные вливания, переливание донорской крови, установка катетера в центральную вену и т.д.). Переливание крови может привести к заражению гепатитом (воспаление печени) и в редких случаях – СПИДом. Переливание собственной крови (или плазмы) исключает этот риск, но оно не всегда возможно.

Я подтверждаю, что получил(а) указание:

- о прекращении приема пищи и жидкости за 12 часов до оперативного вмешательства,
- Об удалении зубных протезов и контактных линз до оперативного вмешательства
- О необходимости снятия колец, сережек, цепочек и парика(при наличии).

Я подтверждаю, что у меня была возможность обсудить мое состояние и предполагаемое мне анестезиологическое пособие с анестезиологом-реаниматологом. На все вопросы я получил удовлетворившие меня ответы. Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения. Тем самым, я добровольно, без какого-нибудь внешнего давления даю полномочия врачу анестезиологу-реаниматологу провести мне запланированное анестезиологическое пособие.

Я согласен(на) на проведение альтернативных методов обезболивания, если анестезиолог-реаниматолог сочтет это необходимым.

Я согласен(на) и разрешаю в случае опасного для жизни осложнения провести мне все необходимые лечебные мероприятия, которые анестезиолог-реаниматолог сочтет необходимым.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я информирован(а) о том, что медицинская помощь мне оказывается в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти, даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

В случае ухудшения состояния моего здоровья, информация об этом может быть предоставлена

_____ <ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>

Врач-анестезиолог _____

Дата <ДАТА>

Информированное добровольное согласие на госпитализацию в стационарное отделение

Я, <ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>, зарегистрированный по адресу:<ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>, паспорт <ПАСПОРТ_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ_НОМЕР>, выдан <ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ> <ПАСПОРТ_ВЫДАН>, телефон <ПАЦИЕНТ_ТЕЛЕФОН> находясь на лечении в ООО «ФОРМАДАТЭССЕ», добровольно даю согласие на проведение мне (представляемому) операции:

Редукция молочных желез

Мне лично (представляемому) были даны в полной мере и в полном объеме разъяснения по способам проведения диагностических, лечебных, профилактических процедур и иных связанных с этих действий медицинского персонала, в том числе о методах обезболивания, а также достаточная информация о результатах моего обследования (обследования представляемого) в связи с предстоящим оперативным вмешательством.

Я подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения. Мне разъяснили, что полная гарантия успеха не может быть дана. Мне разъяснено, и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(на) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, развитием тромбозов и эмболий, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден (а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических средств и психотропных препаратов.

Я согласен (на) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Мне было дано разъяснение в понятной для меня форме о виде, цели и ходе протекания хирургического вмешательства, к тому же был объяснен возможный риск, связанный с хирургическим вмешательством и последствия моего отказа от операции.

Меня проинформировали также о правильном поведении до и после операции, указали на возможные ожидаемые физические и душевные осложнения после этого, а также дали рекомендации в послеоперационном периоде.

Также я получил разъяснения по поводу необходимости профилактики тромбоэмболии легочной артерии, получил информацию об особенностях, длительности течения и прогнозе этого осложнения в послеоперационном периоде.

Мне предложен план профилактики, даны полные разъяснения о ее целях и продолжительности, возможных неблагоприятных эффектах лекарственных средств, а также о том, что предстоит мне делать в случае их возникновения.

Я извещен о необходимости соблюдать режим в ходе профилактики, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.

Я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача может осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я извещен о возможном течении заболевания при отказе от профилактики тромбоэмболии легочной артерии.

Я информирован(а) о том, что медицинская помощь мне оказывается в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья, профилактики тромбоэмболии легочной артерии, получил на них удовлетворяющие меня ответы.

Я получил информацию об альтернативных методах профилактики, а также об их примерной стоимости.

Я даю согласие на направление моего биоматериала сторонние организации с целью проведения клинических и научных исследований.

Я ознакомлен(а) и согласен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое **СОГЛАСИЕ** на оперативное вмешательство.

В случае ухудшения состояния моего здоровья, информация об этом может быть предоставлена

_____ <ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>

ФИО и подпись врача _____

Дата <ДАТА>

Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство

Я, <ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>, зарегистрированный по адресу: <ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>, паспорт <ПАСПОРТ_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ_НОМЕР>, выдан <ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ> <ПАСПОРТ_ВЫДАН>, телефон <ПАЦИЕНТ_ТЕЛЕФОН> находясь на лечении в ООО «ФОРМАДАТЭССЕ», добровольно даю согласие на проведение мне (представляемому) операции:

Иссечение

Мне лично (представляемому) были даны в полной мере и в полном объеме разъяснения по способам проведения диагностических, лечебных, профилактических процедур и иных действий медицинского персонала, в том числе о методах обезболивания, а также достаточная информация о результатах моего обследования (обследования представляемого) в связи с предстоящим оперативным вмешательством.

Я подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения. Мне разъяснили, что полная гарантия успеха не может быть дана.

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(на) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, развитием тромбозов и эмболий, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден (а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических средств и психотропных препаратов.

Я согласен (на) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Мне было дано разъяснение в понятной для меня форме о виде, цели и ходе протекания хирургического вмешательства, к тому же был объяснен возможный риск, связанный с хирургическим вмешательством и последствия моего отказа от операции.

Меня проинформировали также о правильном поведении до и после операции, указали на возможные ожидаемые физические и душевные осложнения после этого, а также дали рекомендации в послеоперационном периоде.

Также я получил разъяснения по поводу необходимости профилактики тромбоэмболии легочной артерии, получил информацию об особенностях, длительности течения и прогнозе этого осложнения в послеоперационном периоде.

Мне предложен план профилактики, даны полные разъяснения о ее целях и продолжительности, возможных неблагоприятных эффектах лекарственных средств, а также о том, что предстоит мне делать в случае их возникновения.

Я извещен о необходимости соблюдать режим в ходе профилактики, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.

Я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача может осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я извещен о возможном течении заболевания при отказе от профилактики тромбоэмболии легочной артерии.

Я информирован(а) о том, что медицинская помощь мне оказывается в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья, профилактики тромбоэмболии легочной артерии, получил на них удовлетворяющие меня ответы.

Я получил информацию об альтернативных методах профилактики, а также об их примерной стоимости.

Я даю согласие на направление моего биоматериала сторонние организации с целью проведения клинических и научных исследований.

Я ознакомлен(а) и согласен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое **СОГЛАСИЕ** на оперативное вмешательство.

В случае ухудшения состояния моего здоровья, информация об этом может быть предоставлена (Ф.И.О., адрес, телефон, характер отношений)

_____ <ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>

ФИО и подпись врача _____

Дата <ДАТА>

СОГЛАСИЕ

на использование видео и фото записи

Я, <ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>
паспорт <ПАСПОРТ_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ_НОМЕР>, Выдан <ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ> <ПАСПОРТ_ВЫДАН> телефон
<ПАЦИЕНТ_ТЕЛЕФОН>

Согласно ст. 152.1 ГК РФ, настоящим даю согласие на видео-фото-аудио запись моих изображений, а также использование моих фотографий, силуэтных изображений и других материалов, предполагающих воспроизведение моего внешнего облика и голоса, видеотрансляций, без выплаты вознаграждения для информационных, педагогических, маркетинговых рекламных и иных отраслей. Я подтверждаю, что Правообладателем указанных видео-фото-аудио материалов в полном объеме на все время действия авторских прав согласно данному Соглашению является «ФОРМАДАТЭССЕ» ОГРН 1256100003774, ИНН 6162091637 в лице лечащего врача _____

Я не буду оспаривать авторские и имущественные права на эти материалы. Настоящее согласие дает Правообладателю право обнародовать и в дальнейшем использовать мои видео-фото-аудио материалы в полностью или фрагментарно, в сети «Интернет» доводить до всеобщего сведения и обозрения. Правообладатель ООО «ФОРМАДАТЭССЕ» ОГРН 1256100003774, ИНН 6162091637 вправе без моего согласия и без выплаты мне вознаграждения распоряжаться видео-фото-аудио материалами без каких-либо ограничений, в том числе передавать их третьим лицам, Настоящее Соглашение действует бессрочно на территории Российской Федерации. Я подтверждаю, что ознакомился и согласен с офертой, политикой конфиденциальности, соглашением на обработку данных, отказом от ответственности, политикой возвратов соглашением на рассылку рекламных материалов, соглашением об использовании файлов cookie, соглашением об освобождении от ответственности и отказе от требования компенсации ущерба.

Я отказываюсь от претензий финансового и иного характера к ООО «ФОРМАДАТЭССЕ» ОГРН 1256100003774, ИНН 6162091637 в связи с использованием своего изображения при размещении в сети «Интернет»

<ДАТА>

<ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ> _____