**УВЕДОМЛЕНИЕ**

ООО «Варикоза нет»,  **в соответствии с требованиями, определенными Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг,** до заключения договора уведомляет заказчика (пациента или его законного представителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную услугу), в том числе назначенного режима лечения, **может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.**

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

Подпись Ф.И.О. Пациента

**Договор возмездного оказания медицинских услуг**

г. Тольятти 27.09.2023 г

Общество с ограниченной ответственностью «Варикоза нет», именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** в лице Директор ОП Макотрина Е. А. , действующего на основании доверенности №ОП17-02 от 01.02.2023г. c одной стороны,

и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 27.03.1971 года рождения, именуемый в дальнейшем **«Пациент»,** с другой стороны, вместе именуемые, как стороны договора (далее – **«Стороны»**), заключили настоящий договор возмездного оказания медицинских услуг (далее – **«Договор»**) о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
   1. В соответствии с условиями настоящего Договора Исполнитель обязуется предоставить Пациенту медицинские услуги в объеме и сроки, установленные настоящим Договором, а Пациент обязуется своевременно принимать оплачивать оказанные медицинские услуги ( далее по тексту «Услуги»).
   2. Медицинские услуги оказываются Пациенту в амбулаторно-поликлинических условиях, согласованных с пациентом, в соответствии с перечнем медицинских услуг, согласно лицензии. Услуги предоставляются на основании лицензии №Л041-01129-18/00360791 от 19.03.2021 г. на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются работы (услуги) по адресу 445030, Самарская область, город Тольятти, Цветной бульвар. 7, помещение 1013, тел. 8 (8482) 55-55-95, выдана Министерством здравоохранения №Л041-01129-18/00360791 от 19.03.2021 г..
   3. Сроки предоставления услуг согласуются Сторонами при каждом последующем посещении и указываются путем внесения записи о назначении следующего визита Пациента и оказываются до момента выполнения Исполнителем обязательств по Договору и Приложениям к нему в полном объеме.
   4. Услуги Пациенту оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Пациента при заключении договора.
   5. Предоставление медицинских услуг Пациенту происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием к специалистам Исполнителя. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются Пациенту без предварительной записи и/или вне установленной очереди.
   6. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
   7. Исполнитель имеет право по поручению Пациента за счет Пациента, привлечь третье лицо для оказания Пациенту медицинских услуг. В случае необходимости привлечения третьих лиц для оказания медицинских услуг Пациенту, Исполнитель обязан привлекать третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией.
   8. Перечень услуг, предоставляемых Пациенту, определяется действующим на дату оказания услуг прейскурантом Исполнителя, находящимся в открытом доступе на информационном стенде и на сайте Исполнителя https://varikozanet.org.
   9. При оказании медицинских услуг Исполнитель руководствуется требованиями, предъявляемыми к методам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, принятыми на территории РФ, законодательством РФ, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами лечения. Исполнитель в праве по просьбе Пациента оказывать консультации или медицинские вмешательства, в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.10. Исполнитель, при заключении Договора, предоставила Пациенту в доступной форме информацию:

1.10.1. 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.

1.10.2. о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг.

1.10.3. о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.10.4. о медицинском работнике, отвечающем за предоставление Услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

1.10.5. Об обязанности Пациента соблюдать установленный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинской организации.

1.11 Исполнитель предоставляет Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию:

1.11.1. О состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения.

1.11.2. Об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, гарантийных сроках, показаниях, противопоказаниях к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм Пациента медицинское изделие

1.11.3. Информация о режиме работы Исполнителя, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, прейскурант (перечень) Услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления Услуг и порядке их оплаты, сведения о специалистах Исполнителя, об уровне их профессионального образования и квалификации, а также иная установленная действующим законодательством Российской Федерации информация, размещается на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (https://varikozanet.org), а также на информационном стенде в помещении Исполнителя.

1.12. Исполнитель доводит до потребителя и (или) заказчика информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также сообщает почтовый адрес или адрес электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба) путем размещения данной информации на на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (https://varikozanet.org), а также на информационном стенде в помещении Исполнителя.

1. **Перечень и стоимость медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты**
   1. Общий перечень и стоимость оказываемых исполнителем медицинских услуг определена Прейскурантом стоимости услуг ООО «Варикоза нет», действующим на дату оказания медицинской услуги. Подписанием настоящего Договора Пациент подтверждает, что ознакомлен с Прейскурантом на медицинские услуги и согласен с ним.
   2. Перечень оказываемых медицинских услуг указывается в Предварительном плане лечения, являющимся приложением к настоящему Договору, который составляется письменно после обследования и диагностики, и который может изменяться по согласованию сторон и по медицинским показаниям. При внесении изменений в План лечения, Пациент согласовывает изменение стоимости путем подписания указанного документа. Заключение дополнительного соглашения не требуется.
   3. Стоимость медицинских услуг считается согласованной при совершении Пациентом одного из следующих действий:

• подписании договора, содержащего указание на наименование услуг и их стоимость,

• подписании плана лечения.

* 1. Перечень Услуг, предоставляемых в соответствии с Договором и стоимость этих услуг, указываются в приложениях, являющихся неотъемлемой частью Договора (далее – «Приложение»)
  2. Оплата Услуг Исполнителя производится путем использования национальных платежных инструментов, а также наличных расчетов по выбору Пациента.
  3. Оплата Услуг, по выбору Пациента, может осуществляться авансом или непосредственно после получения Услуги.
  4. По требованию Пациента или Исполнителя, на предоставление Услуг может быть составлена смета, являющаяся неотъемлемой частью Договора.
  5. После оплаты Услуг, Пациенту выдается документ, подтверждающий произведенную оплату (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета).
  6. Исполнитель по обращению Пациента выдает документы, подтверждающие фактические расходы Пациента на оказанные Услуги или приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

- копия Договора с Приложениями и дополнительными соглашениями к нему;

- справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;

- рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;

- документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета).

* 1. Если медицинская услуга, оказываемая Пациенту, требует обязательного предоставления Пациенту имущества Исполнителя, в том числе медицинского оборудования, то указанное имущество передается Пациенту по отдельному передаточному акту, подписываемому Сторонами, который подтверждает факт передачи Пациенту соответствующего имущества.
  2. В случае, если при предоставлении Услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных Услуг, не предусмотренных Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента. Без оформления дополнительного соглашения к Договору, нового Договора или Приложения с указанием конкретных дополнительных Услуг и их стоимости Исполнитель не вправе предоставлять Услуги на возмездной основе.
  3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
  4. В случае если невозможность исполнения Сторонами обязательств по настоящему договору возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Пациент возмещает Исполнителю фактически понесённые им расходы, если иное не предусмотрено законом или настоящим договором.
  5. При наличии у Пациента полиса ДМС оплата медицинских услуг осуществляется страховщиком, выдавшим Пациенту полис и заключившим с Исполнителем соответствующий договор. В этом случае Пациент оплачивает только те медицинские услуги, которые не включены в программу ДМС Пациента.

1. **Права и обязанности Пациента**
   1. Пациент имеет право:

3.1.1. на получение имеющейся информации в доступной для него форме о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, результатах проведенного лечения, об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.1.2. на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также на отказ от медицинского вмешательства, оформленные в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.3. на выбор лечащего врача с учетом возможностей Исполнителя и согласия врача.

3.1.4. на отказ от получения Услуг после заключения Договора, с оплатой Исполнителю фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

* 1. **Пациент обязан:** 
     1. заботиться о сохранении своего здоровья;
     2. оказывать содействие надлежащему исполнению договора: исполнять все назначения и требования лечащего врача, специалистов и медицинского персонала, необходимые для осуществления настоящего Договора;
     3. информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентомнастоящего Договора, в том числе сообщать медицинскому персоналу до проведения медицинского вмешательства информацию, связанную с состоянием здоровья, перенесенными, наследственными и сопутствующими заболеваниями, аллергическими реакциями, противопоказаниями, для успешного проведения лечебно-диагностического процесса;
     4. производить оплату стоимости медицинских услуг в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором.
     5. надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом условий настоящего Договора;
     6. не допускать пропусков назначенных посещений врача, что может повести за собой нарушение лечебного плана и срыва выполнения услуг/работ по настоящему договору качественно и в срок.
     7. заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или об изменении назначенного ему времени получения соответствующей медицинской услуги. В случае опоздания Пациента более чем 15 минут по отношению к назначенному Пациенту времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги;
     8. после завершения услуги, для которой Пациенту было передано имущество Исполнителя, передать соответствующее имущество Исполнителю;

1. **Права и обязанности Исполнителя**
   1. **Исполнитель имеет право:**
      1. изменять по медицинским показаниям предварительный план, вид, объем, сроки и стоимость платных медицинских услуг.
      2. в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, по согласованию с Пациентом, направить последнего к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации.
      3. в случаях, установленных действующим законодательством, устанавливать и изменять гарантийные сроки.
      4. оказывать Услуги по настоящему Договору своими силами или привлекать третьих лиц, за действия которых Клиника несет ответственность, как за свои собственные.
      5. не приступать к оказанию новых Услуг, а начатые Услуги приостановить в случае неоплаты или несвоевременной оплаты Пациентом Услуг в соответствии с Договором, а также в случае, если Пациент настаивает на лечении, которое не соответствует действующим стандартам, требованиям к технологии, медицинским показаниям.
      6. изменять прейскурант (перечень) Услуг в одностороннем порядке, путем размещения на сайте Клиники, а также на информационном стенде.
      7. при письменном запросе от страховой компании, в которой застрахован Пациент (заказчик), предоставлять ей данные по всем оказанным ему услугах в рамках добровольного медицинского страхования (заключения врачей, результаты исследований, анализов и т.д.);
      8. осуществлять все права, предусмотренные ст.78 ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
      9. отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору в одностороннем порядке при объективной невозможности обеспечить предоставление требуемой услуги, включая возникновение медицинских противопоказаний для оказания медицинской помощи и/или невозможность обеспечить ее безопасность (за исключением случаев необходимости оказания экстренной медицинской помощи).
   2. **Исполнитель обязан:**
      1. обеспечить соответствие Услуг требованиям и качеству, установленными действующим законодательством Российской Федерации.
      2. обеспечить оказание Услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, а также создавать условия, обеспечивающие соответствие оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи.
      3. соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.
      4. вести медицинскую документацию в установленном порядке, обеспечивать ее учет и хранение.
      5. обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по его письменному требованию или письменному требованию его законного представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента;
      6. в соответствии со ст. 736 ГК РФ передавать Пациенту информацию, касающуюся требований, которые необходимо соблюдать для эффективного и безопасного использования результата услуги, а также о возможных для самого Пациента и других лиц последствиях несоблюдения этих требований;
2. **Конфиденциальность отношений сторон**
   1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии здоровья Пациента, его диагнозе и иные сведения, полученные Исполнителем при обследовании Пациента и его лечении в соответствии с законодательством РФ.
   2. С согласия Пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, третьим лицам в интересах обследования и лечения Пациента.
   3. Исполнитель осуществляет фото/видеосъёмку в медицинской организации. Целью проведения фото/видеосъёмки является:

* обеспечение и контроль соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья;
* контроль соблюдения применения порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения);
* обеспечение и контроль соблюдения требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);
* контроль соблюдения медицинскими работниками, руководителем медицинского учреждения, ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности;
* контроль соблюдения требований к предоставлению платных медицинских услуг;
* обеспечение и контроль иных направлений качества и безопасности медицинской деятельности.
  1. Сведения о гражданах, обратившихся за оказанием медицинской помощи, полученные при фото/видеосъёмке, осуществляемой медицинским учреждением, составляют врачебную тайну, соблюдение которой обеспечивается в соответствии с требованиями действующего законодательства.
  2. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его законного представителя допускается в случаях, предусмотренных ст.13 Федерального закона РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ».

1. **Ответственность Сторон**
   1. За нарушение условий настоящего Договора Пациент и Исполнитель несут ответственность на условиях и в порядке, установленных действующим законодательством.
   2. Исполнитель не несёт ответственности за качество расходных материалов и лекарственных препаратов, приобретённых Пациентом самостоятельно.
   3. В случае повреждения имущества, предоставленного Исполнителем Пациенту в соответствии с пунктом 2.8. настоящего Договора, если данное имущество подлежит ремонту, Пациент обязан оплатить стоимость ремонта соответствующего имущества в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента выставления ему претензии об оплате расходов, понесенных Исполнителем при ремонте имущества.
   4. В случае утраты Пациентом имущества Исполнителя или если данное имущество не подлежит ремонту вследствие его повреждения, Исполнитель направляет претензию в адрес Пациента об оплате ему фактической стоимости имущества. В случае если Пациент не удовлетворит требования, изложенные Исполнителем в соответствующей претензии, в течение 10 (десяти) рабочих дней, Исполнитель вправе требовать от Пациента возмещения причиненных ему убытков в судебном порядке или урегулировать данный спор иным законным способом.
   5. При надлежащем исполнении обязательств Исполнителем, в соответствии с Договором и действующим законодательством, отсутствие ожидаемого Пациентом результата не является основанием для признания обязательства не выполненным.
   6. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, а именно: стихийных бедствий, эпидемий, взрывов, пожаров и иных чрезвычайных обстоятельств, наступление которых Сторона, не исполнившая обязательство полностью или частично, не могла ни предвидеть, ни предотвратить разумными методами или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.
   7. При наступлении указанных в п.6.6. обстоятельств, сторона, по настоящему Договору, должна в кратчайший срок известить другую сторону с приложением соответствующих свидетельств.
   8. В случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы, предусмотренных пунктом 6.6. настоящего Договора, сроки исполнения Сторонами своих обязательств по настоящему Договору увеличиваются на срок существования соответствующих обстоятельств.
2. **Дополнительные условия**
   1. Обработка персональных данных Пациента осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».
   2. Оригиналы медицинской документации Исполнителя Пациенту не выдаются. По письменному требованию Пациента ему предоставляется выписка из медицинской документации или копия медицинских документов.
   3. Ознакомление пациента с медицинскими документами осуществляется на основании запроса в соответствии с Приказом Минздрава России от 12.11.2021 N 1050н "Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента". Срок предоставления медицинских документов не превышает 10 дней с даты поступления запроса.
   4. Подписывая настоящий Договор, Пациент наделяет Исполнителя правом, при необходимости провести оценку качества оказанных Пациенту медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, персональных данных и информации о состоянии своего здоровья, содержащейся в медицинской карте с условием сохранения конфиденциальности персональных данных и врачебной тайны.
   5. В силу существующей публичной обязанности, предусмотренной пунктом 2 статьи 11 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», текущий прием врача может быть прерван либо перенесен по причине обращения к Исполнителю гражданина с заболеваниями или состояниями, потенциально представляющими угрозу для его жизни.
   6. Пациент информирован о том, что медицинская услуга по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, не подконтрольные в 100% случаев воле человека, Исполнитель при надлежащем выполнении условий настоящего договора и правильном использовании достижений современной медицинской науки по объективным причинам не может гарантировать Пациенту достижение положительного результата оказания услуги, о чем последний предупреждается путем внесения в договор данного пункта.
3. **Заключительные положения**
   1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.
   2. Стороны допускают использование факсимильного воспроизведения подписи с помощью механического или иного копирования, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи в Договоре и на документах. При этом данная подпись будет иметь такую же силу, как и собственноручная подпись уполномоченного лица.
   3. Любая договорённость между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений (приложений) к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон по правилам гражданского законодательства РФ.
   4. Договор может быть расторгнут по взаимному соглашению Сторон или требованию одной из Сторон в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.
   5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.
   6. Во всем ином, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются законодательством РФ.
4. **Адреса и банковские реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** | **ПАЦИЕНТ:** |
| Общество с ограниченной ответственностью «Варикоза нет»  ИНН: 5501255633  КПП: 632045001  ОГРН:  Юридический адрес: 445030, Самарская область, город Тольятти, Цветной бульвар. 7, помещение 1013, тел. 8 (8482) 55-55-95  Фактический адрес: 445030, Самарская область, город Тольятти, Цветной бульвар. 7, помещение 1013, тел. 8 (8482) 55-55-95  Банк: Красноярское отделение № 8646 ПАО Сбербанк  р/с: 40702810831000036291  к/с: 30101810800000000627  БИК: 040407627 | ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Данные документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  серия \_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Иные адреса для направления письменного ответа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Подписи сторон**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подтверждаю своей подписью, что прочитал вышеизложенную информацию, она мне понятна, и выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги на платной основе, в объеме и сроки, установленные настоящим Договором. Я подтверждаю, что ознакомлен с Прейскурантом, правилами поведения в ООО «Варикоза нет» и положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ООО «Варикоза нет»

Исполнитель : Директор ОП ООО «Варикоза нет» Подпись Пациента

Макотрина Е. А.

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

М.П.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ВЫПОЛНЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**

1. Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ˅

*(подпись пациента)*

даю информированное добровольное согласие на весь срок оказания мне медицинской помощи на следующие виды медицинских вмешательств:

***Диагностические:*** Диагностические: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза (истории) заболевания и анамнеза (истории) жизни; осмотр, включая пальпацию, перкуссию, аускультацию, антропометрию (измерение веса, роста, окружности головы, груди, талии), термометрию (измерение температуры тела), тонометрию (измерение артериального давления), Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы, Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиогафия, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования. лабораторные методы исследования (в том числе клинические, биохимические, иммунологические, микробиологические (бактериологические, микологические), вирусологические), с проведением забора необходимого биоматериала, крови из пальца, крови из вены, мочи, кала, медицинский массаж, лечебная физкультура.

***Лечебные и лечебно-диагностические:*** введение лекарственных препаратов по назначению лечащего врача (в т.ч. ингаляционно, подкожно, внутрикожно, внутримышечно, внутривенно струйно и/или капельно, интраназально, в ухо, в глотку, в гортань, интравагинально, интраректально);

консультация с применением телемедицинских технологий; дистанционное наблюдение за состоянием здоровья, для получения первичной медико-санитарной помощи.

2. Медицинским работником: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( (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 вероятности развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

3. Я информирован работниками Исполнителя об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы Исполнителя, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты.

4. Я информирован о возможном использовании врачами информации о моём здоровье для научных и образовательных целей при условии анонимности.

5. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона №323-ФЗ может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

6.Я информирован, о необходимости сообщить обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесённых мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я информирован об ответственности за предоставление данной информации в неполном или искажённом виде.

7. Я информирован о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

8.Я информирован о важности выполнения рекомендаций медицинских работников в отношении подготовки к медицинским вмешательствам для достижения ожидаемых результатов оказания медицинской помощи, а также то, что их нарушение может привести к снижению достоверности диагностики и к снижению результата лечения.

9.Я информирован, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения ее в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

10. Я информирован, что перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона №323-ФЗ. Я информирован о порядке оформления письменного отказа от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств.

11. Я даю разрешение на предоставление информации о результатах обследования на адрес электронной почты (адрес электронной почты), на рассылку напоминаний о предстоящих визитах, акциях и новостях с использованием СМС и речевых оповещений и/или с использованием моей электронной почты. Я информирован о возможности отказа от рассылки напоминаний о предстоящих визитах, акциях и новостях с использованием СМС и речевых оповещений и/или с использованием моей электронной почты и порядке его оформления.

Мне известно, что при передаче информации через телефонную связь, с использованием электронной почты существуют следующие риски:

* Разглашение информации третьими лицами при: доступе к телефонной связи и электронной почте неуполномоченных лиц, доступе третьих лиц при передаче информации, компьютерных атаках злоумышленников на сервера и каналы связи, используемые при передаче информации, любом другом неуполномоченном доступе при передаче информации по каналам связи.
* Использование третьими лицами информации, к которой они получили доступ.
* Задержка (неполучение) результатов исследований по причине неисправности систем связи, действия (бездействия) провайдеров или форс-мажорных обстоятельствах.

12. Я информирован, что используемые технологии лабораторных исследований не могут полностью исключить вероятность

возникновения ложноположительных и ложноотрицательных результатов, обусловленных биологическими особенностями организма и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех требований, предъявляемых к методам лабораторной диагностики, разрешённых на территории РФ, Исполнитель не несёт ответственности за их возникновение.

13. Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня.

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

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

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

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