

Договор на оказание услуг по уходу на платных койках № 1-00/00/21
(с Приложением №1 выписка из «Прейскуранта», Приложением №2 и №3 «СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ», Приложение №4 и №5 Заявление (отзыв согласия на обработку персональных данных, Приложение №6 «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»)

г. Москва

00.00.2021

ООО«Лейкомед» ИНН7707517621, КПП770901001, свидетельство о государственной регистрации юридического лица Межрайонной инспекцией МНС России №46 по г. Москве ОГРН 1047796313487, лицензия №ЛО-77-01-015033 от 18.10.2017г., выданная Департаментом здравоохранения города Москвы, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Юркова Андрея Викторовича, действующей на основании Устава, с одной стороны и _____ именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны и _____ именуемый в дальнейшем «Плательщик» с третьей стороны, совместно именуемые стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Заказчик, поручает, а Исполнитель обязуется оказать на возмездной основе услуги по уходу с проживанием : размещение в комнате ,одноместной , двухместной, трехместной или многоместной, кормление (не менее 4-х раз в день), смена памперсов (в том числе обработка гигиеническими средствами), гигиенические процедуры (умывание, бритье, стрижка ногтей),купание (не менее 1-го раза в неделю), помощь в передвижении , в том числе сопровождение на прогулке, услуги медсестры (перевязки, помощь в приеме лекарственных средств по назначению врача и пр.) (в дальнейшем «Услуги»).

1.2 Плательщик добровольно берет на себя обязанности по оплате услуг Исполнителя за Заказчика.

1.3 Обязательства вступают в силу с момента заселения Заказчика _____

2. Права и обязанности сторон

2.1 Заказчик имеет право:

2.1.1. Получать квалифицированные услуги по уходу.

2.1.2. В любой момент отказаться от пребывания, при этом Плательщик обязан оплатить все оказанные услуги Исполнителю.

2.1.3. Заказчик и Плательщик имеет право на получение информации о стоимости оказанных услуг на любом этапе нахождения в отделении по уходу.

2.2. Плательщик обязуется:

2.2.1. Возместить убытки в случае причинения ущерба Заказчиком имуществу Исполнителя.

2.2.2. Оплатить стоимость предоставляемых услуг Заказчику, согласно прейскуранта, действующего на момент действия договора, в том числе услуги, оказанные в соответствии с п.2.3.2.

2.2.3 Принять результаты оказанных Заказчику услуг у Исполнителя путем подписания Акта об оказанных услугах.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Определять длительность пребывания Заказчика в отделении по уходу, необходимость перевода Заказчика в другую комнату (равнозначную по стоимости) в соответствии с изменениями состояния здоровья Заказчика.

2.3.2. В случае возникновения неотложных ситуаций, угрожающих жизни Заказчика, самостоятельно решать вопрос об оказании необходимой медицинской помощи, в том числе вызове неотложной медицинской помощи.

Исполнитель имеет право направить Заказчика в другую медицинскую организацию, если Лицензия или возможности Исполнителя не позволяют осуществлять те услуги, необходимость оказания которых выявилась в процессе ухода за Заказчиком.

Исполнитель вправе привлечь для исполнения настоящего договора или отдельных услуг по нему третьих лиц (соисполнителя).

2.3.3. Исполнитель имеет право в одностороннем порядке расторгнуть договор при нарушении Заказчиком правил внутреннего распорядка отделения.

2.3.4 Исполнитель имеет право не оказывать услуги Заказчику в случае отказа Плательщика от оплаты услуг, при этом с Исполнителя снимаются обязательства перед Заказчиком по оказанию услуг.

2.3.5. Исполнитель не несет ответственность за использование личного имущества Заказчиком, в том числе в случаях износа или поломки своих личных вещей, любых материалов, оборудования, инструментов, личных технических средств (матрацы, кресла-коляски, спец. стулья и т.п.) и иных средств (далее-средств), используемых Заказчиком для обеспечения собственных нужд любого характера.

2.4. Исполнитель обязан:

2.4.1. Ознакомить Заказчика при поступлении с правилами внутреннего распорядка отделения.

2.4.2. Предоставлять акт выполненных работ с указанием перечня и стоимости оказанных по уходу услуг Заказчику и Плательщику.

2.5. Заказчик имеет право:

2.5.1. Получать в доступной для него форме имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья.

2.5.2. Подписание Заказчиком настоящего договора одновременно означает предоставление им информированного добровольного согласие на пребывание в отделении Исполнителя. В случае, когда состояние Заказчика не позволяет ему выразить свою волю о пребывании в отделении, за Заказчика решает его законный представитель, о чем делается соответствующая запись.

2.5.3. Заказчик имеет право по согласованию с Исполнителем и Плательщиком менять комфортность проживания п.1.1

2.6. Заказчик обязуется:

2.6.1. Ознакомиться с правилами внутреннего распорядка отделения и соблюдать их.

2.6.2. Незамедлительно сообщать Исполнителю и консультирующему врачу (приглашенному по запросу Заказчика) всю информацию обо всех происходящих изменениях в состоянии своего здоровья, незамедлительно обращаться к Исполнителю с просьбой вызова врача при подозрении на наличие либо при возникновении/наличии заболевания, в том числе представляющего опасность массового распространения.

2.6.3 Немедленно сообщать работникам Исполнителя о своем нежелании выполнять целесообразные предписания по уходу, о допущенном самостоятельном существенном нарушении диеты, снижающем эффективность ухода и иных обстоятельствах, которые могут оказать какое-либо воздействие на состояние здоровья Заказчика.

3. Порядок сдачи – приема услуг

3.1 В течение 3 (трех) рабочих дней со дня окончания оказания Услуг Исполнитель представляет Заказчику и Плательщику, Акт об оказанных услугах (именуемый в дальнейшем – «Акт»).

3.2 В течение 3 (трех) рабочих дней со дня получения Акта, оформленного в полном объеме и надлежащим образом, Заказчик и Плательщик принимает Услуги Исполнителя, указанные в Акте, подписав его, либо направляют Исполнителю письменный мотивированный отказ от подписания Акта в тот же срок .

3.3 Стороны пришли к соглашению, что в случае, если в течение 3 (трех) рабочих дней со дня получения Акта Заказчик и Плательщик не предоставят Исполнителю письменный мотивированный отказ от подписания Акта, указанный Акт считается пописанным Заказчиком и Плательщиком, а услуги указанные в Акте–принятыми Заказчиком и Плательщиком.

4. Стоимость услуг и порядок расчетов

4.1. Цена настоящего Договора складывается из общей стоимости всех услуг, оказанных Исполнителем в рамках действия настоящего Договора. Стоимость услуг указывается в Акте об оказанных услугах и рассчитывается исходя из Прейскуранта (приложение № 1 настоящего договора). Исполнителя и объема оказанных услуг. Стоимость услуг указанных в Прейскуранте (приложение №1 настоящего договора) не является фиксированной на весь период действия настоящего Договора и может меняться.

4.1.1. Исполнитель вправе изменять стоимость услуг, указанных в Прейскуранте (приложение №1 настоящего договора), в одностороннем порядке не чаще чем 1 раз за срок действия настоящего договора, указанного в п.7.4. Настоящего договора, при условии изменения стоимости услуг в Прейскуранте. При этом Исполнитель обязан предварительно направить письменное уведомление об изменении стоимости услуг на электронный адрес Заказчика. Все изменения стоимости услуг применяются к отношениям сторон, возникшим после уведомления заказчика об изменении стоимости услуг.

4.1.2. Заказчик вправе отказаться от исполнения договора на новых условиях в течение 3(трех) рабочих дней с момента получения уведомления об изменении стоимости услуг. Заказчик обязан направить на указанный в договоре электронный адрес Исполнителя уведомление об отказе от исполнения договора в связи с изменением стоимости услуг. Договор считается расторгнутым с момента получения Исполнителем уведомления об отказе Заказчика от исполнения договора. Расчет за услуги, выполненные до расторжения договора, производится по цене, действующей до даты получения Заказчиком уведомления об изменении Исполнителем стоимости услуг.

4.2 Оплата Услуг Исполнителя осуществляется Плательщиком на условиях 100% предоплаты, не менее чем за три дня пребывания, путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре ; путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя; путем оплаты картой через банковский терминал.

4.3. При досрочном прекращении настоящего договора, возврат денежных средств Заказчику осуществляется:

- при поступлении средств на расчетный счет Исполнителя в безналичном порядке – на основании письменного заявления Заказчика, в течение 15 (пятнадцати) календарных дней с даты получения требования Исполнителем;
- при поступлении средств в кассу Исполнителя – на основании письменного заявления Заказчика, в течение 7 (семи) банковских дней с даты получения Исполнителем заявления Заказчика.

4.3. Стоимость пребывания на момент подписания договора составляет:

- **Койко-место в многоместной комнате с уходом (пребывание, 5-ти разовое диетическое питание, средства по уходу, услуги медсестры) в сутки составляет 2000 (Две тысячи) рублей 00 копеек, на момент подписания настоящего Договора.**

5. Ответственность Сторон

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель НЕ несёт ответственности в случаях:

- возникновения осложнений состояния здоровья по вине Заказчика (невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях, изменениях и нарушениях состояния здоровья, падения, и пр);
- сокрытия и(или) искажения Заказчиком и Плательщиком информации о событиях, фактах или явлениях, а также за нарушение ими санитарно-эпидемиологических норм, пренебрежение санитарно-гигиеническими и противоэпидемиологическими мероприятиями, которые могут повлечь развитие негативной эпидемиологической ситуации в учреждении Исполнителя (например, вспышки инфекций и пр.) или повлечь по

неосторожности (халатности) Заказчика массовые заболевания, отравления и любые последствия, создающие опасность для жизни или здоровья иных Заказчиков и других людей.

- прекращение оплаты по инициативе Плательщика.

5.3. Заказчик (и Плательщик) подтверждают, что полностью осознают возможные риски, связанные с внезапными вспышками инфекционных заболеваний (например, заболевание коронавирусной инфекцией), и претензии к Исполнителю в случае приобретения их иметь не будут. Заказчик и Плательщик также подтверждают, что в силу возрастных (а равно физиологических, умственных и пр.) особенностей в случае падения и (или) иного случайного нанесения себе Заказчиком ранения/повреждения, претензии к Исполнителю не подлежат предъявлению.

6. Конфиденциальность

6.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Заказчика с целью размещения, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные от Заказчика.

6.2. С согласия Заказчика или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Заказчику или его законным представителям.

6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Заказчика или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст.61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

6.4. Заказчик, подписывая настоящий договор, автоматически дает согласие на передачу сведений, составляющие врачебную тайну Плательщику.

7. Сроки исполнения

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и внесения Плательщиком предоплаты за проживание и уход и действителен до полного исполнения сторонами своих обязательств

7.2. Сроки пребывания Заказчика оговариваются и бронируются Плательщиком и Заказчиком по соглашению с Исполнителем, но не более чем на 30 календарных дней.

7.3. Настоящий договор прекращает свое действие в том случае, если Заказчик покидает место пребывания по причине экстренной госпитализации в медицинское учреждение либо по иной причине.

7.4. Срок действия договора 30 календарных дней.

8. Дополнительные условия

8.1. Заказчик уведомлен о порядке получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программой обязательного медицинского страхования. Заказчик согласен получать услуги по уходу и по потребности медицинские услуги (по согласованию с Заказчиком и Плательщиком), предоставляемые сторонними организациями по договору с ООО «Лейкомед», на платной основе, а Плательщик согласен добровольно их оплачивать.

8.2. Сумма расходных материалов и лекарственных препаратов, приобретённых Заказчиком и Плательщиком самостоятельно, в счёт оказанных услуг по уходу не включается.

8.3. Согласие Заказчика на проведение услуги и факт её получения одновременно означает и согласие Плательщика на оплату этой услуги.

8.4. Заказчик уведомлен о том, что при подписании договора со стороны Исполнителя может быть использовано факсимиле с подписью лица, уполномоченного на подпись договора.

8.5. Подписывая настоящий Договор Заказчик и Плательщик подтверждают, что они:
- ознакомлены со следующими нормативными актами ООО «Лейкомед»:

Политикой защиты персональных данных; Положением о персональных данных проживающих; Правилами внутреннего распорядка в учреждении; Правилами приема и хранения личных вещей; Прейскурантом.

- информированы о месте оказания услуг, о профилактических, диагностических и лечебных медицинских услугах, которые могут быть оказаны в организации, о

квалификации и сертификации специалистов, о режиме и порядке работы, фамилии, имени, отчества (при его наличии) врача, часы приема);

8.6. Всё остальное, что не урегулировано настоящим договором, регулируется законодательством Российской Федерации.

9. Рассмотрение споров

9.1. При наличии претензии к условиям проживания и предоставляемым услугам, и пр., Заказчик или Плательщик обязан в тот же день информировать о данном факте консультирующего врача и администрацию Исполнителя.

9.2. Все споры по договору стороны стараются урегулировать в дружеском порядке путём переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путём переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством.

9.3. Условия настоящего Договора могут быть изменены по взаимному согласию Сторон путем подписания письменного соглашения.

10. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель: ООО «Лейкомед» Юридический адрес: 109044, г. Москва, ул. 2-я Дубровская, д.13, стр.1,стр. 6 тел. (495) 676-31-31 Фактический адрес: 109044, г. Москва, ул. 2-я Дубровская, д.13, стр.1,стр.6 ОГРН 1047796313487 ИНН 7707517621 КПП 770901001 Банковские реквизиты: р/с 40702810238250131064 ПАО СБЕРБАНК Г. МОСКВА к/с 30101810400000000225 БИК 044525225 Телефон: 8 (495) 676-31-31 Генеральный директор _____ Юрков А.В.	Заказчик: _____ Дата рождения: _____ г Зарегистрирован по адресу: Паспорт: № _____, выдан _____, дата выдачи: _____ г, код подразделения _____ Заказчик: _____ Плательщик: Дата рождения _____ г. Зарегистрирован по адресу: Паспорт: № _____, выдан _____, дата выдачи: _____, код подразделения _____ Плательщик: _____ Телефон: _____
--	---

Приложение № 2 к Договору № 1-00/00/21 от 00.00.2021 г.

СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я _____, _____ г.р., зарегистрирован по адресу: _____

Паспорт: _____ № _____, выдан _____, дата выдачи: _____, код подразделения _____

своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Лейкомед», расположенному по адресу: 109044, Москва г, Дубровская 2-я ул., дом № 13, корпус 1, моих персональных данных.

Цель обработки персональных данных: в целях предоставления услуг по уходу с проживанием гражданам и инвалидам.

Законодательство Российской Федерации в области персональных данных основывается на Конституции Российской Федерации и международных договорах Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и других определяющих случаи и особенности обработки персональных данных Федеральных законов.

Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие: - фамилия, имя, отчество; год, месяц, дата и место рождения; пол; семейное, социальное, имущественное положение; сведения о составе семьи; паспортные данные; адрес места жительства (по паспорту и фактический); контактный номер телефона; номер расчетного счета; сведения о состоянии здоровья (в т.ч. группа здоровья, группа инвалидности и степень ограничения к трудовой деятельности, состояние диспансерного учета, зарегистрированные диагнозы, имеющиеся заболевания); сведения об оказанных медико-социальных услугах; сведения о социальных льготах и выплатах; сведения об ограничении трудоспособности; сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования; сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (СНИЛС); дата и причина смерти.

Перечень действий с персональными данными гражданина, на совершение которых дается согласие: обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в не предусмотренных Федеральным законодательством случаях обязательного предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных, ООО «Лейкомед» обязан запросить письменное согласие гражданина в каждом отдельном случае.

Способы обработки персональных данных: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

Срок, в течение которого действует согласие: до достижения цели обработки персональных данных гражданина или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено Федеральным законодательством.

Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в ООО «Лейкомед» письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением о защите персональных данных граждан ООО «Лейкомед», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

«15» марта 2021г.

(подпись)

Приложение № 3 к Договору № 1-00/00/21 от 00.00.2021 г.

СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я _____, _____ г.р., зарегистрирован по адресу: _____

Паспорт: ----- № -----, выдан -----, дата выдачи: -----, код подразделения -----

своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Лейкомед», расположенному по адресу: 109044, Москва г, Дубровская 2-я ул., дом № 13, корпус 1, моих персональных данных.

Цель обработки персональных данных: в целях предоставления услуг по уходу с проживанием гражданам и инвалидам.

Законодательство Российской Федерации в области персональных данных основывается на Конституции Российской Федерации и международных договорах Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и других определяющих случаи и особенности обработки персональных данных Федеральных законов.

Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие: - фамилия, имя, отчество; год, месяц, дата и место рождения; пол; семейное, социальное, имущественное положение; сведения о составе семьи; паспортные данные; адрес места жительства (по паспорту и фактический); контактный номер телефона; номер расчетного счета; сведения о состоянии здоровья (в т.ч. группа здоровья, группа инвалидности и степень ограничения к трудовой деятельности, состояние диспансерного учета, зарегистрированные диагнозы, имеющиеся заболевания); сведения об оказанных медико-социальных услугах; сведения о социальных льготах и выплатах; сведения об ограничении трудоспособности; сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования; сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (СНИЛС); дата и причина смерти.

Перечень действий с персональными данными гражданина, на совершение которых дается согласие: обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в не предусмотренных Федеральным законодательством случаях обязательного предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных, ООО «Лейкомед» обязан запросить письменное согласие гражданина в каждом отдельном случае.

Способы обработки персональных данных: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

Срок, в течение которого действует согласие: до достижения цели обработки персональных данных гражданина или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено Федеральным законодательством.

Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в ООО «Лейкомед» письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением о защите персональных данных граждан ООО «Лейкомед», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

«00» 2021г.

(подпись)

Генеральному директору ООО "Лейкомед"

От _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

(отзыв согласия на обработку персональных данных)

Я, _____, «_» _____ года рождения, в соответствии с частью 2 ст. 9 закона и частью 5 статьи 21 Федерального Закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных"

в случае моего выбытия (перевод (за исключением временного перевода по состоянию здоровья в медицинское учреждение), смерть, расторжение договора, отказ от заключения договора на следующий срок (календарный год) отзываю своё согласие на обработку персональных данных, данное мной при заключении договора об оказании социальных услуг с ООО "Лейкомед" и прошу прекратить обработку моих персональных данных в течении двух недель с момента выбытия.

В случае перевода в другое учреждение или расторжении договора по соглашению сторон или отказа от заключения договора на следующий срок (календарный год) всю имеющуюся в организации медицинскую документацию, связанную с моим здоровьем, прошу выдать на руки в день выбытия по личному заявлению.

В случае моей смерти, а также выбытии по иным причинам и не поступлении заявления от моего имени о выдаче медицинской документации на руки, всю имеющуюся в организации информацию содержащую мои персональные данные, в том числе медицинскую документацию, связанную с моим здоровьем прошу уничтожить в течении двух недель с момента смерти (выбытия), способом определенном в организации.

ФИО _____ (подпись)

Генеральному директору ООО "Лейкомед"

От _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

(отзыв согласия на обработку персональных данных)

Я, _____, «_» _____ года рождения, в соответствии с частью 2 ст. 9 закона и частью 5 статьи 21 Федерального Закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных"

в случае моего выбытия (перевод (за исключением временного перевода по состоянию здоровья в медицинское учреждение), смерть, расторжение договора, отказ от заключения договора на следующий срок (календарный год) отзываю своё согласие на обработку персональных данных, данное мной при заключении договора об оказании социальных услуг с ООО "Лейкомед" и прошу прекратить обработку моих персональных данных в течении двух недель с момента выбытия.

В случае перевода в другое учреждение или расторжении договора по соглашению сторон или отказа от заключения договора на следующий срок (календарный год) всю имеющуюся в организации медицинскую документацию, связанную с моим здоровьем, прошу выдать на руки в день выбытия по личному заявлению.

В случае моей смерти, а также выбытии по иным причинам и не поступлении заявления от моего имени о выдаче медицинской документации на руки, всю имеющуюся в организации информацию содержащую мои персональные данные, в том числе медицинскую документацию, связанную с моим здоровьем прошу уничтожить в течении двух недель с момента смерти (выбытия), способом определенном в организации.

ФИО _____ (подпись)

**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

(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения, адрес места жительства)

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 Минздрава России от 23.04.2012 № 390н (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в ООО «Лейкомед».

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 и предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также возможность использования результатов и сведений, ставших известными в результате медицинских вмешательств, в научных, клинических и медицинских исследованиях.

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 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)

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

(подпись)

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

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

«___» _____ 20 ____

(дата оформления)

Смотрите оборот бланка

ПЕРЕЧЕНЬ

**ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,
НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ¹**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия.
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.
- 11.. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

¹Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н.