

ДОГОВОР
ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____ от _____ 20__ г.

г. Санкт-Петербург

Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 11» (регистрационный номер Лицензии на право осуществления медицинской деятельности ЛО41-01148-78/00321248, выдана 17 апреля 2018 г. Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга; основной государственный регистрационный орган (ОГРН) 1037804024565; идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 7802056427), расположенное по адресу г. Санкт-Петербург, пр. Пархоменко, дом 30, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице главного врача Махановой Натальи Юрьевны, действующей на основании Устава с одной стороны

и гражданин (ка), _____

паспорт № _____, выдан _____,
документ, подтверждающий полномочия законного представителя потребителя _____,

проживающий(ая) по адресу: _____, тел.: _____
(Ф.И.О., адрес места жительства и телефон законного представителя)

именуемый(ая) в дальнейшем «**Законный представитель**», «**Заказчик**» действующий (-ая) в интересах несовершеннолетнего лица:
_____, адрес места жительства _____,
(Ф.И.О. несовершеннолетнего лица)

документ, удостоверяющий личность _____
именуемого в дальнейшем «**Потребитель**», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Заказчик поручает за плату, а Исполнитель обязуется оказать медицинскую(-ие) услугу(ги) Потребителю:

Код услуги	Перечень платных медицинских услуг	Срок предоставления (_____.20__ г.); (с _____ по _____ 20__ г.)	Цена	Кол-во	Сумма
ИТОГО					

Непосредственный Исполнитель услуг
№ чека _____ от _____ 20__ г.

1.2. Заказчик обязуется своевременно оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг согласно действующего Прейскуранта, а также выполнять требования, предъявляемые Исполнителем, направленные на обеспечение качественного предоставления медицинских услуг, включая сообщение необходимой для оказания медицинских услуг информации.

1.3. Адрес места нахождения медицинской организации:

☐ г. Санкт-Петербург, пр. Пархоменко, 30; ☐ г. Санкт-Петербург, пр. Большой Сампсониевский, 62 а ☐ г. Санкт-Петербург, ул. Манчестерская, д.5, к.1, стр. 1

2. Стоимость и порядок оплаты

2.1. Общая стоимость медицинских услуг согласно Прейскуранту составляет _____ руб.

2.2. Стоимость услуг определяется исходя из согласованного с Заказчиком плана.

2.3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных Договором, они выполняются с письменного согласия Заказчика с оплатой по утвержденному Прейскуранту с оформлением Дополнительного соглашения к договору.

2.4. Расчеты за выполнение услуг производится с Исполнителем согласно действующего Прейскуранта на платные услуги через контрольно-кассовую машину или по безналичному расчету по оформленному счету.

2.5. С согласия Сторон услуги могут быть оплачены:

☐ при заключении Договора; ☐ после фактического оказания услуг

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

- предоставить Заказчику (Потребителю) бесплатную, достоверную, доступную информацию о предоставляемой услуге, в том числе сведения об имеющемся у Исполнителя разрешении, лицензии, о месте оказания медицинских услуг, режиме работы, перечне оказываемых платных медицинских услуг с указанием их стоимости и праве на бесплатную медицинскую помощь, об условиях предоставления и получения этих услуг; сведения о квалификации и сертификации специалистов;

- оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленные Договором сроки;

- при оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению российским законодательством;

- обеспечить Заказчику (Потребителю) 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 Потребителя;

- в случае непредвиденного отсутствия специалиста Исполнителя в день, назначенный для оказания медицинской услуги, назначить другого квалифицированного специалиста по согласованию с Заказчиком (Потребителем) для проведения медицинской услуги либо перенести ее выполнение на другое время, предварительно предупредив Заказчика (Потребителя);

- обеспечивать режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной Договором;

3.2.2. в необходимых случаях привлекать для оказания Потребителю медицинских услуг третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией.

3.3. Заказчик обязан:

- оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги в соответствии с условиями Договора;

_____ (подпись, заверенный печатью) обязуется выполнять требования медицинских сестер и

- заблаговременно информировать Исполнителя о состоянии здоровья Потребителя, о необходимости отмены или об изменении назначенного ему времени получения соответствующей медицинской услуги;
- информировать лечащего врача о возникших осложнениях, связанных со состоянием здоровья Потребителя;
- оформить согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика (Потребителя), в объеме и способами установленными действующим законодательством (отказ от подписания согласия не может послужить основанием для отказа в заключении Договора).

3.4. Заказчик (Потребитель) имеет право:

- на предоставление достоверной, доступной информации о платной медицинской услуге;
- на сохранение в тайне информации о факте обращения за получением медицинских услуг, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении Потребителя;
- на отказ в одностороннем порядке от получения медицинской услуги или ее завершения, оплатив при этом фактически понесенные медицинским учреждением расходы, в случае, если этот отказ не связан с нарушением прав пациента при оказании медицинской услуги;
- на возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании ему медицинских услуг;
- потребовать предоставления копий медицинских документов, отражающих состояние здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

4. Сроки предоставления платных медицинских услуг

4.1. Срок предоставления платной медицинской услуги по данному договору:

- ☐ _____. 20__ г.;
- ☐ с _____. 20__ г. по _____. 20__ г.

4.2. При несоблюдении Заказчиком (Потребителем) обязательств по срокам исполнения услуги (неявка пациента в установленное время) «Исполнитель» вправе по своему выбору назначить новый срок оказания услуги.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. В случае несоблюдения Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуги или ненадлежащего оказания услуги Заказчик вправе по своему выбору:

- 5.1.1. назначить новый срок оказания услуги;
- 5.1.2. потребовать уменьшения стоимости предоставления услуги;
- 5.1.3. потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- 5.1.4. расторгнуть Договор и потребовать возмещения убытков в установленном порядке.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения пациентом своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

5.3. Заказчик возмещает Исполнителю понесенные убытки, если последний не смог оказать услугу или был вынужден прекратить ее оказание по вине Пациента.

5.4. Заказчик несет ответственность за достоверность информации о здоровье Потребителя, предоставляемой Исполнителю.

5.5. Заказчик несет ответственность за выполнение Потребителем и его законным представителем правил поведения в медицинской организации и за соблюдение назначенного режима лечения и других рекомендаций врача. Несоблюдение назначений (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения и других рекомендаций, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

5.6. Стороны несут ответственность за принятые обязательства в соответствии с действующим законодательством

6. Разрешение споров

6.1. Споры и разногласия, возникшие между Исполнителем и Заказчиком при исполнении настоящего Договора, разрешаются Сторонами путем переговоров с участием ответственных лиц за оказание услуг.

6.2. Стороны вправе обратиться за судебной защитой в установленном законом порядке.

7. Порядок изменения и расторжения договора

7.1. Договор может быть изменен и дополнен в любой момент по соглашению Сторон.

7.2. Договор может быть расторгнут в любой момент по письменному соглашению сторон по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. Заказчик имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке, оплатив при этом Исполнителю фактически понесенные им расходы.

8. Заключительные положения

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до окончания срока оказания услуг.

8.2. Договор составлен в двух (трех) экземплярах, имеющих одинаковую силу.

8.3. Заказчик с действующим Прейскурантом на оказание платных медицинских услуг ознакомлен. Согласен.

8.4. Заказчик проинформирован о возможности получения «Потребителем» указанных в пункте 1 Договора услуг в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи бесплатно. Заказчик подтверждает свое добровольное согласие на оказание Потребителю платных медицинских услуг.

8.5. Приложение к Договору: Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией (приложение 1); Информированное добровольное согласие Пациента (законного представителя) на предоставление медицинских услуг на платной основе (приложение 2); Уведомление к договору на предоставление платных медицинских услуг (приложение 3); Акт приема-сдачи выполненных работ (услуг) к договору оказания платных медицинских услуг (приложение 4); Дополнительное соглашение № 1 к договору оказания платных медицинских услуг (приложение 5); Согласие законного представителя на заключение договора несовершеннолетним ребенком (приложение 6); Согласие законного представителя на обработку персональных данных несовершеннолетнего (приложение 7).

9. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:

ИНН 7802056427/ КПП 780201001,
194021 г. Санкт-Петербург, пр. Пархоменко, 30
ОГРН 1037804024565
Свидетельство о рег. выдано
ИМНС России по Выборгскому району
Санкт-Петербурга
Комитет Финансов СПб
(СПб ГБУЗ ДГП № 11 л/с 0501012)
счет 40601810200003000000
в Северо-Западном ГУ Банка России
БИК 044030001

Заказчик:

Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
Подпись: _____

Потребитель:

Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Санкт-Петербургского Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская городская поликлиника № 11» в соответствии с лицензией № ЛО-78-01-008763

☐ **услуги, оказываемые по адресу г. Санкт-Петербург, пр. Пархоменко, 30:**

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): -при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); лечебной физкультуре; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской кардиологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; инфекционным болезням; лечебной физкультуре; мануальной терапии; медицинской статистике; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; рентгенологии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: неврологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам профилактическим.

☐ **услуги, оказываемые по адресу г. Санкт-Петербург, пр. Большой Сампсониевский, 62-а:** При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); медицинскому массажу; сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неврологии; травматологии и ортопедии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам профилактическим.

Приложение является неотъемлемой частью Договора, составлено на одном листе и подписано в двух (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру у «Заказчика» («Потребителя») и «Исполнителя».

☐ **услуги, оказываемые по адресу г. Санкт-Петербург, ул. Манчестерская, д.5, к.1, стр. 1:** При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской кардиологии; детской эндокринологии; неврологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам профилактическим

Исполнитель:

Заказчик:

Главный врач _____ Маханова Н. Ю.

Приложение № 2 к Договору оказания платных медицинских услуг

**Информированное добровольное согласие пациента (законного представителя)
на предоставление медицинских услуг на платной основе**

г. Санкт-Петербург

« ____ » _____ 20 ____ г..

Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

На основании пункта 7 статьи 30 Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

я, гражданин (ка) _____, далее «Заказчик», действующий в интересах «Потребителя» _____, и являясь его законным представителем, желаю добровольно заключающий настоящий Договор на предоставление платных медицинских услуг в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Детская городская поликлиника №11» (далее СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника №11»).

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых медицинских услугах. Мне разъяснено, что аналогичные медицинские услуги можно получить в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе в рамках системы обязательного медицинского страхования (далее ОМС). Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи на территории Санкт-Петербурга, утверждаемых ежегодно в установленном порядке (далее – соответственно Программа, Территориальная программа)

Решение об отказе от получения медицинской услуги _____ в рамках ОМС, Программы и Территориальной программы принято в связи с _____ Я получил(а) полную информацию о местонахождении учреждения (его гос. регистрации), режиме работы, лицензии, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, о квалификации специалистов. Даю согласие на оказание медицинских услуг на платной основе и ответственен(на) за их оплату.

Я ознакомлен(а) с действующим Прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа. Положения, которые мне разъяснены, мною поняты.

Согласие
законного представителя на обработку персональных данных несовершеннолетнего

Я, _____
(ФИО законного представителя)

паспорт _____ выдан _____
(серия, номер) (когда и кем выдан)

(в случае отсутствия указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство)

являясь законным представителем несовершеннолетнего _____
(ФИО несовершеннолетнего)

приходящегося мне _____, зарегистрированного по адресу:

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ, даю согласие на обработку своих и ребенка персональных данных в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Детская городская поликлиника №11» (далее – Оператор), с целью оказания медицинских услуг. Адрес медицинского учреждения г. Санкт-Петербург, пр. Пархоменко 30.

Подтверждаю свое согласие на обработку своих и ребенка персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения, адрес места жительства, телефон, данные документа, удостоверяющего личность, данные полиса ОМС (или ДМС); договора платных услуг; страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде РФ (СНИЛС), сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» №152-ФЗ даю согласие на обработку персональных данных Оператором, ответственным за обработку персональных данных в учреждении при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор, ответственный за обработку персональных данных в учреждении имеет право:

- при обработке персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, фондами ОМС, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Даю согласие на то, что срок хранения персональных данных на бумажных носителях информации соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять и, пятьдесят лет на машинных носителях информации. По истечении указанного срока хранения персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои и ребенка персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Оператор, ответственный за обработку персональных данных в учреждении, вправе осуществлять действия с поименованными в Согласии персональными данными путем:

- автоматизированной обработки моих и ребенка персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах;

- обработки моих и ребенка персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Даю согласие оператору ГИС ЕИАСБУ (Комитет финансов Санкт-Петербурга, адрес: 191144, Санкт-Петербург, Новгородская ул., д.20, литер А) на обработку своих и ребенка персональных данных.

Передача персональных данных несовершеннолетнего иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия

Не возражаю против проверки предоставленных мною данных. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных несовершеннолетнего Оператор обязан прекратить их обработку.

Согласие получено « ____ » _____ 20__ г.

Уполномоченный представитель медицинской организации

(подпись, расшифровка)

(подпись, расшифровка)

Согласие на передачу персональных данных несовершеннолетних

Я, _____
(фамилия, имя, отчество представителя субъекта персональных данных)

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____
(вид документа)

№ _____, выдан _____

(кем и когда)

зарегистрированный (ая) по адресу: _____

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие Санкт-Петербургскому Государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Детская городская поликлиника №11» (далее – СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 11»), зарегистрированного по адресу: 194021, г. Санкт-Петербург, пр. Пархоменко, дом 30 Лит. А. даю согласие на передачу персональных данных:

(указывается родство (сын, дочь, брат, сестра) Ф.И.О. субъекта, иные законные основания)

в организацию _____
(наименование организации третьего лица, реквизиты организации)

1. Целью передачи персональных данных является осуществление СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника №11» ее профессиональных функций по оказанию медицинских услуг, и соблюдения законов и иных нормативных актов.
2. Перечень передаваемых персональных данных: ФИО, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, данные документа, удостоверяющего личность, данные полиса ОМС (или ДМС), договора платных услуг, номер (СНИЛС), сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.
3. Перечень действий с персональными данными, осуществляемых

(наименование организации третьего лица):

любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации с персональными данными (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных).

4. Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до истечения определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации сроков хранения персональных данных.

5. Ответственность за обеспечение сохранности и конфиденциальности передаваемых персональных данных и за нарушения

(наименование организации третьего лица)

при обработке переданных персональных данных несет оператор персональных данных СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 11».

« _____ » _____ 20 ____ г.

(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, _____,
(ФИО родителя/иного законного представителя несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет или ФИО-несовершеннолетнего старше 15 лет)

год рождения _____, паспорт: _____,

выдан(дата, название выдавшего органа) _____,

зарегистрированный/ая по адресу: _____,

являясь родителем/ иным законным представителем – **нужное подчеркнуть**

(родитель, усыновитель, опекун, попечитель, приемный родитель, патронатный воспитатель)

(ФИО несовершеннолетнего, не достигшего возраста пятнадцати лет, дата его рождения)

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 социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. №24082) для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь.

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия. 3. Антропометрические исследования (измерение веса, роста, окружностей частей тела). 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций. 7. Неинвазивные исследования органов 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. Другие методы обследования, необходимые для диагностики заболевания, в том числе функциональные (электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура. 15. Физиотерапевтическое лечение.

В _____
(полное наименование медицинской организации)

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 и их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а так же 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. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст.6724; 2012, №26, ст.3442, 3446).

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

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

(подпись)

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

(контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. субъекта персональных данных/родителя/иного законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)