

проживающий по адресу: _____ (адрес места жительства/регистрации), именуемый в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, Обществом с ограниченной ответственностью «Клиника эстетической медицины «Юхелф», далее – ООО «Юхелф» с другой стороны в лице директора Султанбаева Артура Ураловича, (лицензия ЛО-02-01-006668 от 27.11.2018; при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, лабораторной диагностике, медицинскому массажу, операционному делу, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии; 2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, дерматовенерологии, детской хирургии, клинической лабораторной диагностике, колопроктологии, косметологии, мануальной терапии, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), пластической хирургии, травматологии и ортопедии, урологии, хирургии, челюстно-лицевой хирургии; 5) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), анестезиологии и реаниматологии, детской хирургии, колопроктологии, онкологии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, урологии, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, выдана Министерством Здравоохранения РБ, адрес: Россия, Республика Башкортостан, Уфа, улица Тукаева, 23, телефон +7 347 218-00-81) действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», а при совместном упоминании именуемые «Стороны», заключили договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА:

1.1 Исполнитель на основании обращения Пациента обязуется оказать ему медицинские услуги в порядке, объеме и на условиях, предусмотренных настоящим Договором, а Пациент обязуется выплатить Исполнителю вознаграждение за данные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором

1.2 По настоящему договору Исполнитель оказывает Пациенту следующие медицинские услуги (указывается вид и цена услуги):

1.3 Пациент согласен на получение медицинской помощи и медицинское вмешательство. Данный факт оформляется соответствующим информированным добровольным согласием Пациента (либо - в предусмотренных законом случаях - его законного представителя) на медицинское вмешательство.

1.4 Медицинские услуги оказываются Пациенту в помещении ООО «Юхелф», расположенном по адресу г. Уфа, ул. Академика Ураксина, д.3, оф.2

2 УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1 Основанием для оказания услуг Исполнителем являются:

2.2 Наличие у Исполнителя специального разрешения (лицензии) на осуществление медицинской деятельности соответствующего вида.

2.3 Исполнитель оказывает медицинскую помощь согласно требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным и рекомендованным на территории РФ.

2.4 Настоящим договором не предусмотрено оказание медицинской помощи при наличии следующих заболеваний и связанных с ними осложнений: особо опасные инфекции, заболевания, связанные с последствиями радиоактивных и однотипных с ним излучений, злокачественные новообразования, тяжелые соматические заболевания, психические заболевания, ВИЧ инфекция, неотложные состояния, которые входят в компетенцию службы скорой медицинской помощи, а также состояния любых видов опьянения (алкогольное, наркотическое и прочие).

2.5 Выявление состояний, указанных в п.2.4 и/или связанных с ними осложнений может являться основанием для расторжения Исполнителем настоящего Договора в одностороннем порядке.

3 ЦЕНА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1 Стоимость медицинских услуг по данному Договору составляет _____ рублей. НДС

не облагается на основании п.2 ч.2 ст.149 НК РФ.

3.2 Оплата осуществляется до начала оказания Исполнителем услуг в порядке 100% предварительной оплаты в день заключения настоящего Договора путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем безналичного перечисления на его расчетный счет.

4 ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1 Пациент вправе:

4.1.1 Получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции специалистов Исполнителя (о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения).

4.1.2 Получать исчерпывающую информацию о предоставляемых Исполнителем услугах.

4.1.3 Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

4.1.4 Знакомиться с документами, подтверждающими наличие специальных разрешений у Исполнителя, а также соответствующий уровень квалификации сотрудников Исполнителя.

4.1.5 Получить после исполнения Договора копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

4.1.6 Отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

4.2 Пациент обязан:

4.2.1 Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги в порядке и сроки, которые определены настоящим Договором.

4.2.2 Подписать и передать Исполнителю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

4.2.3 Предоставить по требованию Исполнителя точную и подробную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарственных препаратов и процедур, о проведенном ранее лечении.

4.2.4 Явиться к месту оказания медицинских услуг в назначенное время (в противном случае Исполнитель вправе перенести время лечения на свое усмотрение). При не явке в назначенное время пациент обязан оплатить стоимость первичного приема специалиста.

4.2.5 Строго соблюдать рекомендации и предписания лечащего врача.

4.2.6 Выполнять указания врача и медицинского персонала во время оказания услуги (в противном случае Исполнитель имеет право расторгнуть договор в одностороннем порядке).

4.2.7 Соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя и правила оказания услуг.

4.2.8 При первой возможности информировать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения.

4.2.9 При появлении жалоб, связанных с лечением, незамедлительно обратиться к Исполнителю.

4.3 Исполнитель вправе:

4.3.1 Оказать медицинские услуги Пациенту с привлечением врачей-специалистов других учреждений здравоохранения, специализирующихся на оказании медицинских услуг.

4.3.2 Отказаться от исполнения настоящего Договора при неисполнении Пациентом правил внутреннего распорядка, назначений лечащего врача и медицинского персонала и иных грубых нарушениях со стороны Пациента.

4.3.3 Увеличить или уменьшить объем медицинской помощи прописанных в договоре без письменного согласия Пациента, если это необходимо в интересах состояния здоровья Пациента в случаях, угрожающих его жизни и здоровью.

4.3.4 В случае нарушения Пациентом обязанностей, предусмотренных п.4.2.4 настоящего Договора, изменить дату и время приема и лечения по своему усмотрению.

4.4 Исполнитель обязан:

4.4.1 Оказать Пациенту медицинские услуги надлежащего качества согласно режиму работы и перечню предоставляемых медицинских услуг.

4.4.2 В случае возникновения препятствий для выполнения условий настоящего Договора немедленно извещать об этом Пациента.

4.4.3 Вести медицинскую документацию и выдавать Пациенту медицинские документы установленного образца.

4.4.4 Обеспечить тайну информации о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при оказании медицинской помощи, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1 Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

5.2 Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3 Исполнитель освобождается от ответственности перед Пациентом за качество оказанных медицинских услуг и наступление возможных неблагоприятных последствий, если Пациентом в ходе исполнения настоящего Договора не были исполнены возложенные на него обязательства, предусмотренные п.3.2.

5.4 За нарушение сроков оплаты Исполнитель вправе требовать с Пациента уплаты неустойки (пеней) в размере 1 (одного) процента от неуплаченной суммы за каждый день просрочки.

5.5 Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая обязательства по Договору, обязана возместить другой Стороне причиненные такими нарушениями убытки.

5.6 Во всех других случаях неисполнения обязательств по Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.

5.7 Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

6.1 Договор действует с момента подписания и до момента исполнения сторонами взятых на себя обязательств (сроки договора прописываются в Приложении №1 являющиеся неотъемлемой частью договора).

6.2 Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами. Соответствующие дополнительные соглашения Сторон являются неотъемлемой частью Договора.

6.3 Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, либо по требованию одной из Сторон в порядке и по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

6.4 Договор может быть расторгнут Исполнителем в одностороннем порядке в случаях:

6.4.1 Нарушение Пациентом порядка и сроков оплаты медицинских услуг по настоящему договору;

6.4.2 Нарушение Пациентом Правил оказания медицинской помощи и внутреннего распорядка;

6.4.3 При наступлении или выявлении обстоятельств, указанных в п.2.4 настоящего Договора;

6.4.4 При неоднократном и/или грубом нарушении Пациентом своих обязательств по настоящему Договору, если такое нарушение создает Исполнителю препятствия для оказания медицинских услуг в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором.

7. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

7.1 Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

7.2 В случае, недостижения соглашения в ходе переговоров, заинтересованная Сторона направляет претензию в письменной форме, подписанную уполномоченным лицом.

7.3 К претензии обязательно должны быть приложены документы, подтверждающие полномочия лица, подписавшего претензию. Претензия, направленная без документов, подтверждающих полномочия лица, ее подписавшего, считается непредъявленной и рассмотрению не подлежит.

7.4 Сторона, которой направлена претензия, обязана рассмотреть полученную претензию и о результатах уведомить в письменной форме заинтересованную Сторону в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня получения претензии.

7.5 В случае, неурегулирования разногласий сторон, а также в случае неполучения ответа на претензию по истечении срока, спор передается в суд в соответствии с законодательством РФ.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1 Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

8.2 Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

9. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Пациент: (ФИО) _____

Дата рождения: _____

Паспорт: серия _____, номер _____, дата выдачи _____

Выдан: _____

Адрес Регистрации: _____

Адрес фактического проживания: _____

Тел: _____

Подпись пациента: _____

Экземпляр соглашения (договор, акт выполненных работ) на руки получил: _____ (подпись пациента).

Рекомендации медицинского учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу) на руки получил _____ (подпись пациента).

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Клиника эстетической медицины «Юхелф»

Сокращенное название ООО «Юхелф»

Адрес место нахождения: 450103, Республика Башкортостан, г.Уфа, ул. Академика Ураксина д.3, оф.№2

ОГРН 1150280078431 (свидетельство выдано налоговым органом – межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №39 по РБ)

ИНН 0274911125; КПП 027401001; Расчетный счет: 40702810529300002384;

Корреспондентский счет: к/с 30101810200000000824; БИК: 042202824

Администратор (по доверенности) Ф.И.О. _____ / _____

АКТ
сдачи-приемки оказанных услуг

г. Уфа

_____ (ФИО),
проживающий по адресу: _____ (адрес
места жительства/регистрации), именуемый в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, Общество с ограниченной
ответственностью «Клиника хирургии и эстетической медицины «Юхелф» (далее – ООО «Юхелф») (лицензия ЛО-02-
01-006668 от 27.11.2018;), в лице директора Султанбаева Артура Ураловича, действующего на основании Устава,
именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с другой стороны, а при совместном упоминании именуемые «Стороны»,
во исполнение Договора об оказании медицинских услуг от _____ № _____ составили
настоящий Акт о нижеследующем:

1. Исполнитель на основании обращения Пациента и с его письменного информированного добровольного согласия
в период с "___" _____ 2018 г. по "___" _____ 2018 г. провел качественное обследование и лечение
Пациента.

2. Оказанная медицинская помощь: _____

3. Стоимость оказанных услуг _____

4. Услуги оказаны качественно, в срок. Замечаний к услугам, лекарственным препаратам, представленным
Исполнителем, и материалам у Пациента нет.

5. Медицинские рекомендации на период реабилитации Пациентом получены.

6. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой Стороны. Оба экземпляра имеют
одинаковую юридическую силу.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Пациент (Ф.И.О.) _____ / (подпись) _____

Исполнитель (администратор по доверенности) Ф.И.О. _____ / _____

Ф.И.О. _____

Адрес места жительства (регистрации):

Телефон: _____

Дата: _____

УВЕДОМЛЕНИЕ

о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)

В соответствии с требованиями п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 N 1006) уведомляем Вас о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии Вашего здоровья.

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил:

(Ф.И.О.) _____ / _____

Исполнитель, администратор по доверенности:

(Ф.И.О.) _____ / _____

**Согласие пациента на обработку персональных данных в
ООО «Юхелф»**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу _____,
паспорт: серия _____ номер _____,
выдан _____ от _____,

в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «Юхелф» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), фото материал, видео материал, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией (и территориальным фондом ОМС) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных не ограничен.

Настоящее согласие дано мной _____ (дата) и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись (пациента) субъекта персональных данных _____

Расписался в моем присутствии – администратор по доверенности:

(Ф.И.О.) _____ (подпись) _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании амбулаторной медицинской помощи.

Я, (Ф.И.О) _____

именуемый в дальнейшем Пациент. В соответствии со ст.20 ФЗ от 20.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» **настоящим заявлением выражаю добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство* при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в ООО «Юхелф» и прошу персонал ООО «Юхелф» о проведении всех необходимых медицинских мероприятий.**

1. Я проинформирован (а) врачом о нижеследующем:

- что под медицинским вмешательством понимается выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психологическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную, направленность виды медицинских обследований и (или) медицинская манипуляция;

- что в ходе оказания медицинской помощи могут проводиться:

Опрос, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза.

Осмотр, в том числе пальпация (метод врачебного исследования прощупыванием), перкуссия (метод врачебного исследования простукивания), аускультация (метод врачебного исследования выслушиванием), риноскопия (метод исследования полости носа в помощью носовых зеркал и расширителей), фарингоскопия (метод визуального исследования глотки), ларингоскопия (метод визуального исследования гортани), вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование (исследование прямой кишки и окружающих ее органов и тканей).

Антропометрические исследования (измерения веса, роста и других размеров тела).

Термометрия (измерение температуры тела).

Тонометрия (измерение давления).

Неинвазивные (нехирургические) исследования органа зрения и зрительных функции.

Неинвазивные (нехирургические) исследования органа слуха и слуховых функции.

Исследование функции нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

Лабораторные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография (метод исследования функции легких), пневмотахометрия (исследование бронхов), пикфлоуметрия (оценка бронхиальной обструкции при заболевании дыхательных путей), рэоэнцефалография (исследование сосудистой системы головного мозга), электроэнцефалография (исследование деятельности головного мозга), кардиотокография (для беременных).

Рентгенологические методы обследования, в том числе компьютерная томография (метод послойного исследования органов тканей); рентгенография (метод рентгеновского исследования, при котором получают фиксированное изображение исследуемого объекта при помощи рентгеновских лучей).

Ультразвуковые исследования, доплерографические исследования (исследование кровотоков).

Магнитно-резонансная томография (метод исследования различных структур организма без рентгеновского облучения за счет использования физического явления ядерного магнитного резонанса).

Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

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

-что проводимое лечение не гарантируется 100% результат и что после медицинских манипуляций, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения;

- мне разъяснено и я осознаю, что во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, чтобы ход медицинского вмешательства был изменен врачами по их усмотрению.

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

- что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение;

- что для получения лучших результатов лечения должны исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей;

- что отказ выполнения назначений и рекомендаций врачей, необходимого лечения, несоблюдения лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное бесконтрольное самостоятельное лечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента;

- что в случаях несоблюдения предписаний врача, отказ от проведения необходимых осмотров, консультаций врачей-специалистов, обследований и исследований, Правил оказания услуг ООО «Юхелф», Правил внутреннего распорядка, врачом по согласованию с Главным врачом может быть принято решение об отказе от оказания медицинских услуг.

- о факторах риска и понимаю, что медицинское вмешательство сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода, в том числе в виде наступления смерти.

- что во время медицинского вмешательства возможна потеря крови и даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

3. Я подтверждаю:

-что внимательно прочел(ла) текст настоящего заявления и понял(а) всю информацию, представленную сотрудникам ООО «Юхелф»

-что имел(а) возможность обсудить с врачом интересующие или непонятные вопросы в области медицины;

-что на все заданные вопросы получил(а) удовлетворившие меня ответы;

-что мне понятен смысл всех терминов, употребляемых в настоящем заявлении;

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

-что ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка, Правилами оказания услуг ООО «Юхелф»;

-что, получив от сотрудников ООО «Юхелф» полную информацию о возможности и условиях предоставления гражданам РФ бесплатных медицинских услуг в государственных и муниципальных организациях здравоохранения в рамках государственных программ получения бесплатной медицинской помощи, я выражаю свое волеизъявление на оказание мне платных медицинских услуг и согласен(а) их оплатить;

-что ознакомлен(а) сотрудниками ООО «Юхелф» с действующим Прейскурантом ООО «Юхелф» на медицинские услуги и порядком оплаты.

На основании вышесказанного, я добровольно и осознано принимаю решения и даю добровольное информированное согласие на получение платных медицинских услуг в ООО «Юхелф» и проведение всех необходимых медицинских вмешательств, в том числе, но не ограничиваясь: проведение опросов, осмотров и консультаций врачей, проведение антропометрических исследований, термометрии, тонометрии, неинвазивных (нехирургических) исследований органа зрения и зрительных функций, органа слуха и слуховых функций, проведение исследований функций нервной системы, лабораторных методов обследования, проведение функциональных методов обследования, рентгенологических методов обследования, ультразвуковых исследований и других.

Дополнительная информация (в т.ч. отказ от каких-либо медицинских вмешательств):

Пациент: _____ (_____) ПОДПИСЬ

Дата: _____

Я свидетельствую, что дал разъяснения Пациенту о целях, характере, ходе и объеме планируемых в ходе оказания медицинских услуг медицинских вмешательств, а также способы и риска их проведения, дал ответы на все интересующие вопросы.

Лечащий врач _____ / _____

***Медицинское вмешательство - выполняемым медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое и психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность медицинских обследований и(или) манипуляций, а также искусственное прерывание беременности (ст.2 ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ)**