**Клиники неврологии, психиатрии и наркологии**

**Договор на оказание платных медицинских услуг №**

**г. Самара «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г.**

**Общество с ограниченной ответственностью «Клиники неврологии, психиатрии и наркологии», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице заместителя генерального директора Дорофеева Дмитрия Юрьевича, действующего на основании Доверенности №1 от 02.08.2023 г. с одной стороны, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент» с третьей стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:**

**1. Предмет Договора.**

**1.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Пациенту медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности (Лицензия № Л041-01184-63/00660121 от 28 июня 2023 г., выдана Министерством Здравоохранения Самарской Области), согласно Прейскуранту цен (тарифов) на медицинские услуги (далее - Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.**

**1.1.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.**

**1.1.2. Предоставление медицинских услуг, по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое является Приложением 2 к настоящему Договору и** согласия Пациента на обработку персональных данных, **которое является Приложением 3 к настоящему Договору.**

**1.2. Пациент и Заказчик подтверждают, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:**

* **ознакомил их с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736);**
* **ознакомил их с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;**
* **ознакомил их с действующим в медицинской организации Положением о досрочном расторжении договора об оказании услуг;**
* **ознакомил их с действующими в медицинской организации Правилами внутреннего распорядка для пациентов Клиник неврологии, психиатрии и наркологии;**
* **уведомил их 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;**
* **уведомил Заказчика и Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.**

**1.3. Подписав настоящий Договор, Пациент подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе, а Заказчик – оплатить эти услуги.**

**1.4. Срок предоставления медицинских услуг с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г.**

**1.4.1. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.**

**2. Права и обязанности Сторон.**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

**2.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Заказчиком денежных средств, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.**

**2.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.**

**2.1.4.** Информировать Пациента о возможных осложнениях при оказании медицинских услуг.

**2.1.5. Немедленно извещать Пациента и Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.**

**2.1.6. Предупредить Пациента и Заказчика, в случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги, которые Исполнитель не вправе оказывать без согласия Заказчика.**

**2.1.7. Соблюдать врачебную тайну и сохранять конфиденциальность в отношении всей информации, касающейся здоровья Пациента.**

**2.1.8.** Предоставить выписку из медицинской карты пациента на основании письменного заявления пациента в 5-ти дневный срок с даты получения заявления.

**2.2. Заказчик обязуется:**

**2.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении №2, до начала их оказания, согласно Прейскуранту цен (тарифов), и в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.**

2.2.2. Передавать Исполнителю известную информацию о состоянии здоровья Пациента, о жалобах, перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, обращениях за медицинской помощью (в том числе в сторонние медицинские учреждения), о последнем употреблении любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.п.;

2.2.3. В случае причинения материального ущерба Исполнителю возместить причиненный ущерб (в рамках субсидиарной ответственности с Пациентом при отсутствии у последнего возможности самостоятельного возмещения);

**2.3. Пациент обязуется:**

2.3.1. Соблюдать график приема врачей-специалистов;

2.3.2. При прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях своего самочувствия;

2.3.3.Согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.;

2.3.4. Исключить на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору употребление наркотических веществ, сильнодействующих препаратов и спиртосодержащих жидкостей.

2.3.5. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни и требующих транспортировки Пациента в специализированное медицинское учреждение, оплатить услуги данного медицинского учреждения из собственных средств или из средств Заказчика;

2.3.6. До оказания медицинской услуги сообщать исполнителю информацию о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, о последнем употреблении любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.п.;

2.3.7. Выполнять все требования и рекомендации по лечению, соблюдать все предписания, указания Исполнителя на период оказания медицинской услуги.

2.3.8. Передавать Исполнителю информацию о своем состоянии здоровья, о жалобах, перенесенных заболеваниях, обращениях за медицинской помощью, в том числе в сторонние медицинские учреждения.

2.3.9. В случае причинения материального ущерба Исполнителю возместить причиненный ущерб.

2.3.10. Соблюдать внутренний режим и правила нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. Определять длительность лечения, объем медицинских услуг, необходимость перевода в отделения другого профиля в соответствии с состоянием здоровья Пациента;

2.4.2. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе осуществить направление и транспортировку в специализированное медицинское учреждение за счет Заказчика.

2.4.3. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей по согласованию с Пациентом или Заказчиком;

2.4.4. Переносить сроки оказания медицинских услуг:

- в связи с изменениями в состоянии здоровья больного (острые инфекционные заболевания, повышение температуры и др.);

- при отсутствии врача по уважительным причинам (по состоянию здоровья, в случаях командировок, повышения квалификации и т.п.);

- по техническим причинам, препятствующим проведению лечения;

2.4.5. Прекратить предоставление Пациенту услуг в следующих случаях:

- выявления у Пациента заболевания, лечение которого возможно лишь в специализированном медицинском учреждении;

-употребления Пациентом наркотических, психотропных, токсических веществ, алкоголя и любых лекарственных препаратов, не прописанных лечащим врачом;

- отказа от проведения необходимых медицинских процедур;

- причинения материального вреда Исполнителю;

- нарушения Пациентом режима лечения и графика посещений без предварительного согласования с лечащим врачом, не выполнения предписаний, назначений и рекомендаций лечащего врача, занесенных в амбулаторную карту;

- отсутствия своевременной оплаты за оказанные платные услуги;

- отсутствия своевременной оплаты за согласованные дополнительные платные услуги;

2.4.6 Исполнитель имеет право расторгнуть договор при нарушении Пациентом условий настоящего договора.

2.5. Заказчик имеет право:

2.5.1. Получить информацию о состоянии здоровья Пациента, о проведенном лечении (при наличии письменного согласия Пациента на предоставлении такой информации Заказчику).

2.5. Пациент имеет право:

2.6.1. Получать квалифицированные медицинские услуги (медицинскую помощь);

2.6.2. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.;

2.6.3. Получить выписку из медицинской карты, выписку последнего приема на основании письменного заявления в 5-ти дневный срок с даты получения заявления Исполнителем;

2.6.4. В любой момент отказаться от оказания медицинской помощи;

2.6.5. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну, а также персональных данных.

**3. Цена и порядок оплаты услуг.**

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Пациенту, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг, и составляет:

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей. |
| Итого: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей |

3.2. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

3.3. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

3.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Заказчика с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Заказчика, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

3.5. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком до начала их оказания (наличными денежными средствами) в кассе медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Заказчику после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

**4. Ответственность сторон.**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной штатной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федераций.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информаций о своем здоровье.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом или Заказчиком условий настоящего Договора.

4.5. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

**5. Порядок изменения и расторжения Договора.**

5.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

5.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Заказчика или Пациента после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Согласно статье 32 ФЗ «О защите прав потребителей», Потребитель вправе отказаться от исполнения договора о выполнении работ (оказании услуг) в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

5.3. Размер фактических расходов Исполнителя, связанных с исполнением обязательств по Договору на оказание платных медицинских услуг определяется расчетами экономического отдела центра и составляет:

- за один лечебный день в медицинском отделении **11950 (Одиннадцать тысяч девятьсот пятьдесят)** рублей;

- за один лечебный день в отделении реабилитации **4950 (Четыре тысячи девятьсот пятьдесят)** рублей.

5.4. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю.

**6. Заключительные положения.**

6.1. Договор на оказание медицинских услуг заключен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

6.1.1. В случае, если настоящий Договор заключается между Исполнителем и Заказчиком в пользу Пациента, то настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Пациента.

6.1.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора стороны будут решать по возможности путем переговоров. При невозможности достижения согласий, спор подлежит передаче на рассмотрение по месту нахождения Исполнителя - в Октябрьский районный суд г. Самары.

6.2. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами.

6.2.1. После исполнения настоящего Договора Исполнитель оформляет и выдает Заказчику акт оказанных услуг.

**7. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Потребитель (Заказчик)** |
| **ООО «Клиники неврологии,**  **психиатрии и наркологии»**  443110, Самарская область, г. Самара, Октябрьский район, ул. Искровская, д.3  ИНН/ОГРН6 6316281616/1226300043232  тел. 8(846) 9549103  эл. почта clinics.npn@mail.ru  р/с 40702810410001373487  АО «Тинькофф Банк»  к/с 30101810145250000974  БИК 044525974  Зам. ген. директора  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дорофеев Д.Ю.  М.П. | ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Год и место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись, расшифровка) |

Приложение 1

к Договору на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г.

**Акт оказанных услуг.**

г. Самара «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) далее "Заказчик/Потребитель", с одной стороны, и, **Общество с ограниченной ответственностью «Клиники неврологии, психиатрии и наркологии» в лице заместителя генерального директора Дорофеева Дмитрия Юрьевича, действующего на основании Доверенности №1 от 02.08.2023 г.,** именуемое далее "Исполнитель", совместно именуемые "Стороны", во исполнение Договора на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Исполнитель по заданию Заказчика в период с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. выполнил услуги по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. Оказанные услуги не противоречат действующему законодательству Российской Федерации. Вышеперечисленные услуги оказаны согласно Договору, своевременно, в необходимом объеме и в соответствии с требованиями, установленными Договором к их качеству. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет;
2. Стоимость оказанных услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей;
3. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

**Подписи сторон.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заказчик:  ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись, расшифровка) |  | Исполнитель:  **ООО «Клиники неврологии,**  **психиатрии и наркологии»**  443110, Самарская область, г. Самара, Октябрьский район, ул. Искровская, д.3  ИНН/ОГРН6 6316281616/1226300043232  тел. 8(846) 9549103  эл. почта clinics.npn@mail.ru  р/с 40702810410001373487  АО «Тинькофф Банк»  к/с 30101810145250000974  БИК 044525974  Зам. ген. директора  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дорофеев Д.Ю.  М.П. |

Приложение 2

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.**

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

(Ф.И.О.)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](https://base.garant.ru/70172996/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/#block_1000) 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](https://base.garant.ru/70172996/) Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в **Клиниках неврологии, психиатрии и наркологии**:

* Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза
* Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование
* Антропометрические исследования
* Термометрия
* Тонометрия
* Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций
* Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций
* Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы)
* Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические
* 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
* Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно
* Медицинский массаж
* Лечебная физкультура

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, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](https://base.garant.ru/70172996/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/#block_1000), или потребовать его (их) прекращения.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 [части 5 статьи 19](https://base.garant.ru/12191967/95ef042b11da42ac166eeedeb998f688/#block_1955) ФЗ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

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

(Ф.И.О., контактный телефон)

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

(подпись Пациента)

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

(подпись, Ф.И.О. медицинского работника)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)

Приложение 3

**Согласие на обработку персональных данных.**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с подписанием настоящего договора и до отзыва в письменной форме в соответствии со ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ООО «**Клиники неврологии, психиатрии и наркологии**» на автоматизированную или без использования средств автоматизации обработку, а именно: сбор, запись, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, удаление, уничтожение, любой информации, относящейся ко мне прямо или косвенно и предоставленной при заключении или в процессе исполнения договора, в том числе: фамилия, имя, отчество; пол, возраст; дата и место рождения; паспортные данные; адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания; номер телефона (домашний, мобильный).

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

(подпись)

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

(подпись, Ф.И.О. медицинского работника)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)

Приложение 4

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.**

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

(Ф.И.О.)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства)

даю информированное добровольное согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур в **Клиниках неврологии, психиатрии и наркологии**. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания.

Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать.

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения;

Я извещен (извещена) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

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

Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

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, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 [части 5 статьи 19](https://base.garant.ru/12191967/95ef042b11da42ac166eeedeb998f688/#block_1955) ФЗ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

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

(Ф.И.О., контактный телефон)

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

(подпись Пациента)

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

(подпись, Ф.И.О. медицинского работника)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)