

**Уведомление
о последствиях несоблюдения указаний
(рекомендаций) медицинского учреждения**

Потребитель

уведомляется

(Ф.И.О. потребителя)

Обществом с ограниченной ответственностью совместное предприятие Медицинский центр экстракорпорального оплодотворения «ЭМБРИО» 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 здоровья потребителя.

С уведомлением ознакомлен(а), экземпляр на руки получил(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

_____ 202 г. / _____ /
(подпись) (Ф.И.О. потребителя)

**ДОГОВОР
на оказание платных медицинских услуг**

г. Краснодар

«__» _____ 202 г.

Общество с ограниченной ответственностью совместное предприятие Медицинский центр экстракорпорального оплодотворения «ЭМБРИО» (сокращенное наименование - ООО СП МЦ ЭКО «ЭМБРИО»), расположенное по адресу: 350089, г. Краснодар, ул. им. Генерала И.Л. Шифрина, д.5, ИНН 2308121763, ОГРН 1062308026362 (Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 23 №006488543 выдано 31.08.2006 г. Инспекцией ФНС России №1), осуществляющая медицинскую деятельность на основании Лицензии №ЛО41-01126-23/00318791, выданной 31.01.2018г. Министерством Здравоохранения Краснодарского края (тел. 8-800-00-03-66, Адрес: г. Краснодар, ул. Коммунаров, 276), срок действия лицензии: бессрочно, в лице директора Лукошкиной Ирины Николаевны, действующей на основании Устава именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

_____ (Ф.И.О. Потребителя), в дальнейшем именуемый (ая) «Потребитель» (Пациент), с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется оказывать на возмездной основе Потребителю профилактическую и лечебно-диагностическую помощь, отвечающую требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ и в соответствии с заявленными в лицензии видами медицинской деятельности (п.2.1. настоящего Договора), а Потребитель добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказанные медицинские услуги в сроки, порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором, в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг Исполнителя и установленными в нем ценами на услуги на дату их оказания.

1.2. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Потребителю следующие медицинские услуги:

№ п/п	Код услуги	Наименование медицинской услуги	Кол-во	Цена, руб.	К оплате, руб.
				Итого:	

1.3. Сроки оказания медицинских услуг, предусмотренных п. 1.2 настоящего Договора: в день подписания настоящего Договора. Сроки ожидания платных медицинских услуг не могут превышать сроки, установленные настоящим Договором.

1.4. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень, сроки оказания и стоимость которых, согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2. Общие положения

2.1. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с Лицензией № № Л041-01126-23/00318791 от 31.01.2018 г.: При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: физиотерапии, акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, операционному делу, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

генетике, физиотерапии, эндокринологии, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, забору, криоконсервации и хранению половых клеток и тканей репродуктивных органов, организации здравоохранения и общественному здоровью, транспортировке половых клеток и (или) тканей репродуктивных органов, ультразвуковой диагностике, урологии.

2.2. Перечень платных медицинских услуг с указанием цен, адрес местонахождения Исполнителя, сведения о лицензии и сведения подтверждающие факт государственной регистрации Исполнителя, сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, график их приема, режим работы Исполнителя, порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, на которые может быть направлено обращение (жалоба), а также адреса и телефоны контролирующих органов находятся в открытом доступе на информационном стенде и на официальном сайте Исполнителя embryo-ivf.ru.

3. Права и обязанности Исполнителя:

3.1 При осуществлении медицинской деятельности Исполнитель вправе:

3.1.1. определять длительность лечения и объем медицинских услуг в соответствии с состоянием здоровья Потребителя;

3.1.2. заменить врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным врачом-специалистом, а также при необходимости направить Потребителя для консультации к другим собственным врачам-специалистам или в иную медицинскую организацию;

3.1.3. в случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Потребителя, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств и иных действий, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи;

3.2. При оказании медицинских услуг Исполнитель обязан:

3.2.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством РФ, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

3.2.2. Обеспечить Потребителя(ей) бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей сведения о:

- о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг. Также Пациенту в доступной форме предоставлена информация о том, что платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- о процедурах, проводимых в рамках настоящего Договора и лекарственных препаратах используемых при их проведении, в том числе о сроках их годности, показаниях и противопоказаниях к применению;

- других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.

3.2.3. Согласовать с Потребителем характер и объем оказания медицинских услуг.

3.2.4. Информировать Потребителя о возможных осложнениях, связанных с лечением.

3.2.5. До заключения настоящего Договора уведомить Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

3.2.6. По требованию Потребителя составить смету на предоставление платных медицинских услуг, которая будет являться неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.2.7. Информировать Потребителя о необходимости проведения дополнительных методов обследования и/или консультаций специалистов, без прохождения которых невозможно установить точный диагноз и/или выбрать правильный метод лечения.

3.2.8. Предоставить Потребителю либо его законному представителю после исполнения настоящего Договора возможность ознакомления с медицинской документацией, а также, после исполнения настоящего Договора представить Потребителю(ям) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них пациент либо его законный представитель представляет запрос о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них на бумажном носителе (при личном обращении или по почте) либо запрос, сформированный в форме электронного документа, подписанного пациентом либо его законным представителем. При подаче запроса лично, а также при личном получении медицинских документов (их копий) и выписок из них пациент либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель пациента дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус. В случае выбора способа получения пациентом (его законным представителем) запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них по почте соответствующие медицинские документы (их копии) или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. Максимальный срок выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них с момента регистрации в медицинской организации запроса не должен превышать сроков, установленных требованиями законодательства о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации. Выдача медицинских документов производится в порядке

и на условиях, установленных Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них".

4. Права и обязанности Потребителя:

4.1. При обращении к Исполнителю **Потребитель имеет право** на:

4.1.1. на полную и всестороннюю информацию состояния его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, возможных осложнениях, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;

4.1.2. на выбор врача;

4.1.3. на оказание квалифицированной медицинской помощи в соответствии с существующими порядками, клиническими рекомендациями и стандартами;

4.1.4. защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

4.1.5. на отказ от медицинского вмешательства, предоставив Исполнителю письменный отказ от медицинского вмешательства в порядке, предусмотренном п.7. ст.20 №ФЗ-323 от 21.11.2011 г. «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации»;

4.1.6. на ознакомление с медицинской документацией после исполнения настоящего Договора, а также на получение копий и выписок из медицинской документации, отражающей состояние его здоровья, после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы, в порядке, на условиях и сроки, установленные Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них".

4.2. При обращении к Исполнителю **Потребитель обязан:**

4.2.1. заботиться о своем здоровье, гигиеническом состоянии;

4.2.2. предоставить Исполнителю, оформленные в установленном законом порядке, либо информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, либо отказ от медицинского вмешательства;

4.2.3. до заключения настоящего Договора подписать уведомление о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

4.2.4. предоставить Исполнителю до оказания медицинских услуг полную информацию и имеющиеся документы (копии документов), касающиеся состояния своего здоровья.

4.2.5. предоставить Исполнителю достоверную информацию для связи (адрес электронной почты, номера телефонов, фактический адрес проживания);

4.2.6. соблюдать правила гигиены, порядок и режим, санитарные нормы во время нахождения у Исполнителя;

4.2.7. уважительно относиться к другим Потребителям и посетителям Исполнителя, к медицинскому и обслуживающему персоналу, соблюдать общепринятые правила этики и поведения;

4.2.8. соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и Правила поведения Пациентов в клинике, с которыми Потребитель может ознакомиться на информационном стенде и/или на официальном сайте Исполнителя embryo-ivf.ru;

4.2.9. являться на консультации, назначенные процедуры и профилактические осмотры вовремя, а при невозможности явиться - предупредить Исполнителя не позднее, чем за одни сутки до назначенного времени приема Потребителя в часы работы Исполнителя;

4.2.10. производить оплату медицинских услуг по действующему Прейскуранту Исполнителя.

4.2.11. принять оказанные услуги, строго соблюдать и выполнять все назначения и рекомендации врачей Исполнителя;

4.2.12. сообщать врачу обо всех изменениях в деятельности его организма (самочувствие и видимые изменения);

4.2.13. в соответствии с Федеральным Законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» и Федеральным законом от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» дать согласие на обработку, в том числе автоматизированную, своих персональных данных.

5. Стоимость услуг и порядок расчетов.

5.1. Стоимость медицинских услуг, указанных в п.1.2 настоящего Договора, определяется в соответствии с утвержденным Исполнителем Прейскурантом медицинских услуг, действующим на момент их оказания.

5.2. Оплата услуг Потребителем производится в порядке 100% предоплаты до начала оказания услуг.

5.3. Оплата производится в рублях РФ в безналичном порядке или путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

5.4. Кассовый чек, выданный Исполнителем Пациенту, является неотъемлемой частью настоящего Договора.

6. Ответственность Сторон.

6.1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

6.3. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору, возникшее вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пожара, наводнения, катастроф, военных действий, решений органов государственной власти и суда, заболевания и иного патологического состояния, о которых стороны не знали и которые не были выявлены в процессе действия настоящего Договора (выявление которых не предусмотрено стандартами и протоколами в медицине), а также обстоятельства, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий, включая несогласованное отключение энергосбережения, водо-обеспечения Исполнителя, если это не вызвано невыполнением Исполнителем обязательств по оплате соответствующих услуг.

7. Конфиденциальность.

7.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне сведения, составляющие врачебную тайну.

7.2. С письменного согласия Потребителя (его законного представителя) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Потребителем (его законным представителем).

7.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя или его законного представителя допускается в случаях, установленных ч.4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

8. Срок действия Договора.

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует 1 (один) год. Если ни одна из Сторон не уведомит письменно другую сторону о расторжении Договора за 1 (один) месяц до его истечения, то Договор считается пролонгированным на тех же условиях и на тот же срок, но не более 4 (четырёх) раз.

8.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

8.3. Договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг. При этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

9. Заключительные положения.

9.1. При возникновении споров Стороны будут стремиться разрешить сложившуюся ситуацию путем переговоров.

9.2. Заключая настоящий договор, Потребитель самостоятельно использует свое право на выбор платного оказания услуги при получении медицинской помощи на добровольной основе, в рамках договора оказания платных медицинских услуг. При этом Потребитель уведомлен о возможности получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС) по месту прикрепления.

(подпись Потребителя)

9.3. Настоящий Договор составлен на русском языке в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Потребителя.

9.4. В соответствии со ст.160 ГК РФ стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и ее факсимильного оттиска, воспроизведенного механическим способом с использованием клише.

9.5. В случаях, не предусмотренных настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

9.6. Все изменения и дополнения к настоящему Договору заключаются в письменной форме, являются неотъемлемыми частями настоящего Договора, и вступают в силу с момента подписания их обеими сторонами.

9.7. Перед подписанием настоящего Договора Потребитель ознакомлен с Правилами оказания платных медицинских услуг. Потребитель внимательно ознакомился (-лась) с действующим Прейскурантом услуг Исполнителя и их стоимостью и согласен(а) оплачивать все оказанные ему медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором. Подписание настоящего Договора со стороны Потребителя свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации об Исполнителе медицинских услуг.

9.8. Потребитель дает свое согласие на получение информационных рассылок от Исполнителя в виде:

СМС-сообщений *по* *номеру* *телефона*

Писем *по* *электронной* *почте*

и удостоверяет его собственноручной подписью _____

9.9. Экземпляр настоящего Договора оказания платных медицинских услуг на руки получил _____.

(подпись Потребителя)

10. Реквизиты и подписи Сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ПОТРЕБИТЕЛЬ
<p>ООО СП МЦ ЭКО «ЭМБРИО» ИНН 2308121763 КПП 230801001 Юридический адрес: 350089 г. Краснодар, ул. им. Генерала И.Л. Шифрина, 5 Почтовый адрес: 350089 г. Краснодар, ул. им. Генерала И.Л. Шифрина, 5 ОГРН 1062308026362 р/с 40702810561000964701 в Южном филиале ПАО «Промсвязьбанк» к/с 30101810100000000715 БИК: 041806715 тел.: 8 800 500 22 62, 8 861 992 26 21</p>	<p>ФИО _____ _____</p> <p>Паспорт _____ Выдан _____</p> <p>Зарегистрирован по адресу: _____ _____</p> <p>Телефон: _____ e-mail _____</p>
<p>Исполнитель _____ / _____ / _____ ФИО</p>	<p>Потребитель _____ / _____ / _____ ФИО</p>

Акт № _____ от _____ 202_ г.

Исполнитель: ООО СП МЦ ЭКО "ЭМБРИО", ИНН 2308121763, 350089, Краснодарский край, г.о. городской округ город Краснодар, г Краснодар, ул. им. генерала И.Л. Шифрина, д. 5, тел.: (861) 992-26-23, (861) 992-26-22, р/с 40702810561000964701, в банке ЮЖНЫЙ Ф-Л ПАО "ПРОМСВЯЗЬБАНК", БИК 041806715, к/с 30101810100000000715

Потребитель:

_____ (Ф.И.О. потребителя)

№	Наименование работ, услуг	Кол-во	Ед.	Цена	Сумма
1					
2					

Итого:
Без налога (НДС)

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Потребитель претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Исполнитель

Потребитель

Директор ООО СП МЦ ЭКО "ЭМБРИО"

_____/Лукошкина И.Н./

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

**Дополнительное соглашение N _____
к договору на оказание платных медицинских услуг**

г. Краснодар

"___" _____ г.

Общество с ограниченной ответственностью совместное предприятие Медицинский центр экстракорпорального оплодотворения «ЭМБРИО» (сокращенное наименование - ООО СП МЦ ЭКО «ЭМБРИО»), расположенное по адресу: 350089, г. Краснодар, ул. им. Генерала И.Л. Шифрина, д.5, ИНН 2308121763, ОГРН 1062308026362 (Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 23 №006488543 выдано 31.08.2006 г. Инспекцией ФНС России №1), осуществляющая медицинскую деятельность на основании Лицензии №ЛО41-01126-23/00318791, выданной 31.01.2018г. Министерством Здравоохранения Краснодарского края (тел. 8-800-00-03-66, Адрес: г. Краснодар, ул. Коммунаров, 276), срок действия лицензии: бессрочно, в лице директора Лукошкиной Ирины Николаевны, действующей на основании Устава именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

_____ (Ф.И.О. Потребителя), в дальнейшем именуемый (ая) «Потребитель» (Пациент), с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору оказания платных медицинских услуг от "___" _____ г. № _____ (далее - Договор) о нижеследующем:

1. Дополнительно к медицинским услугам, предусмотренным 1.2. Договора, Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги:

№ п/п	Код услуги	Наименование медицинской услуги	Кол-во	Цена, руб.	К оплате, руб.
				Итого:	

а Потребитель обязуется уплатить Исполнителю стоимость, оказанных медицинских услуг в размере которые установлены настоящим Дополнительным соглашением.

2. Сроки оказания дополнительных медицинских услуг: в день подписания настоящего дополнительного соглашения.

3. Стоимость услуг Исполнителя определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения дополнительного соглашения.

4. В остальном, что не предусмотрено настоящим Дополнительным соглашением, Стороны руководствуются Договором оказания платных медицинских услуг от "___" _____ г. № _____.

5. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

6. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7. Реквизиты и подписи Сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ПОТРЕБИТЕЛЬ
ООО СП МЦ ЭКО «ЭМБРИО» ИНН 2308121763 КПП 230801001 Юридический адрес: 350089 г. Краснодар, ул. им. Генерала И.Л. Шифрина, 5 Почтовый адрес: 350089 г. Краснодар, ул. им. Генерала И.Л. Шифрина, 5 ОГРН 1062308026362 р/с 40702810561000964701 в Южном филиале ПАО «Промсвязьбанк» к/с 30101810100000000715	ФИО _____ Паспорт _____ Выдан _____ Кем выдан _____ Код подразделения _____ Зарегистрирован по адресу: _____ _____ _____

БИК: 041806715 тел.: 8 800 500 22 62, 8 861 992 26 21	Телефон: _____ e-mail _____
Исполнитель _____	Потребитель _____/_____/

Информированное добровольное согласие

Я, _____, ознакомлен(а) лечащим врачом с намеченным планом, объемом и целью моего обследования и лечения, и даю свое согласие на:

1. осуществление различных методов исследований, в том числе инструментальных и инвазивных:

- взятие крови из вены на анализы;
- кольпоскопия;
- УЗИ;
- УЗИ проходимости маточных труб;
- взятие урогенитальных мазков;
- вагинальное исследование;
- термометрия;
- тонометрия;
- антропометрические исследования;
- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;
- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно.

2. внутривенные, внутримышечные, подкожные инъекции и внутривенные инфузии;

3. сбор и исследование эякулята.

Медицинским работником _____

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе 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, 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 выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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, в том числе после смерти:

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

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

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях на этапах лечения (обследования). Я информирован(а) о действии назначенных мне лекарственных препаратов.

Мне разъяснено, что в единичных случаях при применении препаратов любого класса возможно проявление индивидуальной непереносимости лекарства, которое потребует его отмены и назначения другого препарата.

Я предупрежден(а) о возможности изменения сроков лечения, проведения дополнительных обследований и соответственно дополнительной оплаты.

Мною получены рекомендации от врача по дальнейшему лечению, режиму и диете.

Я предупрежден(а) о необходимости соблюдения рекомендаций врача и в случае их нарушения и возникновения осложнений по моей вине не буду иметь претензий к врачу.

Я получил(а) ответы на все мои вопросы.

На обследование и лечение согласен(на). С суммой и формой оплаты согласен(на).

Подпись пациента _____ Дата _____

Врач _____ Дата _____



Клиника репродукции «ЭМБРИО»

г. Краснодар, ул.им. Генерала И.Л.Шифрина, д.5

ООО СП МЦ ЭКО «ЭМБРИО»

тел.: (861) 992-26-22, +7989-833-11-13

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ «__» _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество и дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ «__» _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество пациента и дата рождения при подписании согласия законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в ООО СП МЦ ЭКО «ЭМБРИО» _____

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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 и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н¹:

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния) _____

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

«__» _____ Г.
(дата оформления)

**СОГЛАСИЕ
ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____,
(Ф.И.О. полностью)

проживающий(ая) по адресу _____,
паспорт серия _____ номер _____ выдан _____ дата выдачи _____

В соответствии с требованиями ст.9 Федерального Закона РФ от 27.07.2006г. № 152-ФЗ "О персональных данных" и ст.13 Федерального Закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 № 323-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью Медицинский центр экстракорпорального оплодотворения «ЭМБРИО» (ООО СП МЦ ЭКО «ЭМБРИО»)** адрес местонахождения: 350089, г. Краснодар, ул. им. Генерала И.Л. Шифрина, д.5, именуемым далее Оператор, моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию -заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

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

Настоящее согласие дано _____ г. 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.

Телефон: _____

Подпись фамилия субъекта персональных
_____/_____ /

СОГЛАСИЕ

на заведение медицинской карты на бумажном носителе

Согласен _____

подпись

расшифровка подписи

Разрешаю / не разрешаю отправлять мне информацию об акциях клиники "ЭМБРИО" и другую информацию

- СМС, телефон: _____
 электронная _____

Подпись